



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**IMPACT DE LA CHIRURGIE D'ENDOMETRIOSE SUR LES
DYSPAREUNIES ET LA QUALITE DE VIE SEXUELLE**

Etude de cohorte prospective multicentrique sur 5 ans de suivi

Présentée et soutenue publiquement le 27/03/2017 à 18h00
au Pôle Recherche

Par David SALOME

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Monsieur le Professeur Pierre COLLINET

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Francis COLLIER

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Liste des abréviations

AFSr : American Fertility Society

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRENDO : Cohorte Inter-Régionale Nord-Ouest des femmes atteintes d'ENDOmétriOse

DS : Déviation Standart

IC : Intervalle de confiance

LUS : Ligaments utéro-sacrés

NAS : Numeric Analogue Scale (Echelle Numérique Analogique)

p : seuil de significativité

RS : Rapports Sexuels

RV : Recto-vaginaux

SA : patientes Sexuellement Actives

SAQ : Sexual Activity Questionnaire (Score d'activité sexuelle)

SI : patientes Sexuellement Inactives

US : Utéro-sacrés

TABLE DES MATIERES

RESUME	p12
INTRODUCTION	p14
METHODE	p17
A. Base de données CIRENDO	p17
a) Information et consentement	p17
b) Questionnaires initiaux.	p18
c) Questionnaires de suivi à 1 an, 3 ans, 5 ans et 7 ans.	p18
d) Accords et financement.	p19
B. Critères d'inclusion et d'exclusion propres à notre étude	p19
C. Evaluation préopératoire et procédure chirurgicale	p20
D. Evaluation de la dyspareunie et de la sexualité	p20
a) Objectifs principaux et secondaires	p20
b) Auto-questionnaire utilisé	p21
c) Score SAQ (Sexual Activity Questionnaire)	p21
d) Echelle NAS	p21
e) Tort causé par la maladie à la vie sexuelle	p22
f) Analyses en sous-groupes	p22
E. Analyses statistiques	p23
RESULTATS	p24
A. Population de l'étude	p24
B. Dyspareunies	p28
a) Evolution des patientes dyspareuniques au cours du temps	p28
b) Comparaison du taux de dyspareunies au cours du suivi chez les femmes sexuellement actives	p29

c) Intensité de la dyspareunie sans prise d'antalgique sur l'échelle NAS	p29
d) Intensité de la dyspareunie avec prise d'antalgique sur l'échelle NAS	p30
C. Autres paramètres de la sexualité	p31
a) Persistance des douleurs après les rapports sexuels	p31
b) Limitation volontaire du nombre de rapports sexuels en raison des douleurs	p31
c) Interruption des rapports sexuels en raison des douleurs	p31
d) Tort causé par la maladie à la vie sexuelle	p32
e) Qualité de vie sexuelle selon le score SAQ-F chez les patientes sexuellement actives le mois précédent	p33
D. Analyses en sous-groupes :	p35
a) Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et la prise ou non d'un traitement hormonal	p35
b) Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et la sévérité de la maladie selon la classification AFS-R	p36
c) Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et le geste d'exérèse réalisé	p36
d) Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et la réalisation d'une hystérectomie	p37
E. Résumé des résultats principaux	p38
DISCUSSION	p40
CONCLUSION	p48
BIBLIOGRAPHIE	p49
ANNEXE 1 : Questionnaire endométriose et sexualité avant la chirurgie	p53
ANNEXE 2 : Questionnaire endométriose et sexualité à 1 an, 3 ans, 5 ans, 7 ans après chirurgie	p56

RESUME

Titre de la thèse : Impact de la chirurgie d'endométriose sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle. Etude de cohorte prospective multicentrique sur 5 ans de suivi.

Contexte : L'endométriose est associée à une diminution de la qualité de vie et de la fonction sexuelle. Les dyspareunies liées à la pénétration profonde toucheraient plus de 50% des patientes endométriosiques au cours de leur vie. L'objectif de cette étude était d'évaluer, chez des patientes dyspareuniques opérées pour une endométriose, l'impact au long cours de la chirurgie sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle, jusqu'à 5 ans après la chirurgie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique sur 5 ans de suivi, incluant 433 patientes dyspareuniques opérées pour une endométriose depuis Juin 2009. L'évaluation de la dyspareunie et de la fonction sexuelle au cours du temps s'est faite par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire rempli par la patiente avant l'intervention et à 1 an, 3 ans et 5 ans de suivi après la chirurgie.

Résultats : Parmi les 433 patientes dyspareuniques opérées incluses, 358 ont pu bénéficier d'un suivi à 1 an, 215 d'un suivi à 3 ans et 88 d'un suivi à 5 ans. Après la chirurgie, on observait dans la population sexuellement active une persistance des dyspareunies chez 54.5% des patientes à 1 an (IC 95% (49.5-60.3)), 64.7% des patientes à 3 ans (IC 95% (58.1-71.3)) et 51.9% des patientes à 5 ans (IC 95% (40.8-63.1)). Plus la maladie était sévère selon la classification AFSr (American Fertility Society), plus la chirurgie permettait

de réduire de façon significative le taux de patientes dyspareuniques à 1 an ($p < 0.01$). On retrouvait chez les patientes opérées une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie sans prise d'antalgique tout au long du suivi (-3.07 à 1 an, -2.41 à 3 ans, -3.15 à 5 ans, $p < 0.01$), et une baisse significative du tort causé par la maladie à la vie sexuelle durant tout le suivi (+0.65 à 1 an ($p < 0.01$), +0.71 à 3 ans ($p < 0.01$), +0.72 à 5 ans ($p = 0.01$)). Chez les patientes restées dyspareuniques après l'opération, on observait une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie sans antalgique à 1 an (-0.95, $p < 0.01$) et 3 ans de suivi (-0.64, $p < 0.01$); une baisse significative de la persistance des douleurs après les RS (Rapports Sexuels) à 1 an ($p < 0.01$) et 3 ans ($p = 0.04$) de suivi et une baisse significative de l'interruption des RS en raison des douleurs à 1 an ($p < 0.01$) et 3 ans de suivi. La qualité de vie sexuelle globale selon le score SAQ-F des patientes restées dyspareuniques ne s'améliorait pas de façon significative après chirurgie bien qu'une amélioration significative de la satisfaction sexuelle était observée à 1 an ($p = 0.01$).

Conclusion : La prise en charge chirurgicale de l'endométriose permet de faire disparaître les dyspareunies chez un peu moins de la moitié des patientes, avec un bénéfice persistant jusqu'à 5 ans de suivi. Le bénéfice sur la qualité de vie sexuelle apparaît plus nuancé car nécessitant une approche sexologique plus globale.

INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie gynécologique d'évolution chronique, définie par la présence de tissu endométrial, incluant glandes et stroma, en dehors de la cavité utérine (1). Sa reconnaissance est souvent tardive puisque le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic est de 4 à 10 ans (2). C'est une pathologie fréquente qui touche environ 5 à 10% des femmes en âge de procréer (3). Différentes formes de la maladie peuvent coexister chez une même patiente selon la localisation des implants endométriaux: l'endométriose superficielle (implants situés à la surface du péritoine), l'endométriome (kyste ovarien endométriosique), l'endométriose pelvienne profonde (implants infiltrant sur au moins 5 millimètres l'espace sous-péritonéal et/ou la paroi des organes pelviens) et l'adénomyose (tissu endométrial dans le myomètre).

Les variations des taux hormonaux d'estrogènes et de progestérone au cours du cycle menstruel entraînent une activation des implants endométriaux, de la même façon que l'endomètre, à l'origine des douleurs. Le caractère souvent multifocal de ces lésions va se traduire par une symptomatologie douloureuse chronique variée (4), tels que la dysménorrhée, la dyspareunie, la dysurie (en cas d'atteinte vésicale) et la dyschésie (en cas de localisation rectale). L'intensité de la douleur semble être corrélée à la profondeur de l'infiltration des tissus (5). L'endométriose est également une étiologie fréquente d'hypofertilité.

L'endométriose est fortement associée à une diminution de la qualité de vie (6) et de la fonction sexuelle (7–9). 40% des femmes avec endométriose seraient sexuellement

insatisfaites (7), elles ont moins de partenaires sexuelles et une vie sexuelle moins satisfaisante que les femmes non endométriosiques (10–12). La prévalence des troubles sexuels dans cette maladie reste peu connue. Il semble que tous les aspects de la fonction sexuelle soient impactés : fréquence des rapports, désir, orgasme, satisfaction sexuelle (13). Les dyspareunies, symptômes fréquemment rencontrés, sont classées en deux types : superficielles (douleur à l'introduction du pénis) et profonde (douleur à la pénétration profonde). Les dyspareunies liées à la pénétration profonde toucheraient plus de 50% des patientes endométriosiques au cours de leur vie sexuelle (11), 60 à 79% des patientes traitées par chirurgie (11,14–16) et 53 à 90% des patientes sous traitements hormonaux freinateurs de l'endométriose (17,18). La symptomatologie douloureuse serait liée à l'infiltration des ligaments utéro-sacrés (LUS) et de leurs fibres nerveuses (14), du cul de sac de Douglas, du mur antérieur du rectum et du fornix vaginal postérieur (18,19). Chez les patientes endométriosiques, Ferrero et al. (11) ont démontré que les dyspareunies profondes impactaient fortement la qualité de vie sexuelle (baisse de la fréquence des rapports, de la satisfaction orgasmique et de la sensation de bien-être après le rapport), et ce d'autant plus qu'il existait une atteinte de ces LUS. Dans la population générale, l'existence de dyspareunies est déjà identifiée comme un élément important associé à la diminution de la qualité de vie sexuelle. Elles génèrent une anxiété, un évitement des rapports sexuels et une attitude négative envers la sexualité (20,21). Les patientes dyspareuniques ont une libido et une fréquence des rapports sexuels plus faible ainsi que des orgasmes moins fréquents que la population générale (22).

L'objectif principal du traitement de l'endométriose est de soulager la douleur et d'améliorer la qualité de vie. Deux options existent : le traitement médical basé sur l'induction d'une aménorrhée prolongée et faisant appel aux produits hormonaux (analogues de la GnRH, progestatifs, pilules œstro-progestatives, danazol) et le traitement

chirurgical, plus ou moins associé au décours au traitement médical. Le but du traitement chirurgical est l'ablation de toutes les adhérences et lésions visibles d'endométriose (23) afin de faire disparaître les phénomènes douloureux. En matière de sexualité, seule l'évolution de la dyspareunie a intéressé les auteurs pendant longtemps (15,24–26). Des études récentes plus exhaustives ont retrouvé une diminution des dyspareunies et une amélioration de la qualité de vie sexuelle (plaisir, fréquence des rapports sexuels, satisfaction sexuelle) après traitement chirurgical (1,8,9,12,27). Exceptée l'étude d'Abbott et al. (27), elles reposaient sur des effectifs de patientes relativement faibles et n'étudiaient l'impact de la chirurgie que sur un suivi maximum de 12 mois.

L'objectif de la présente étude était d'évaluer, chez 433 patientes dyspareuniques opérées pour une endométriose, l'impact au long cours de la chirurgie sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle, jusqu'à 5 ans après la chirurgie.

METHODE

Il s'agissait d'une étude d'épidémiologie descriptive, observationnelle et prospective, multicentrique, réalisée à partir de la cohorte CIRENDO, dont le suivi est toujours en cours.

A. Base de données CIRENDO

La cohorte CIRENDO (Cohorte Inter-Régionale nord-ouest des femmes atteintes d'ENDOmétrie) incluait des femmes de plus de 16 ans, opérées depuis Juin 2009 pour une endométriose, confirmée histologiquement en peropératoire. Les centres participants étaient 4 centres hospitaliers universitaires (CHU) (Rouen, Caen, Amiens, Lille), 5 centres hospitaliers (CH) publiques non-universitaires (CH de Dieppe, CH d'Elbeuf, CH de Belvédère de Mont Saint-Aignan, CH d'Evreux, CH de Le Havre) et 4 cliniques privées de Seine-Maritime (Saint-Hilaire, Mathilde, Europe, Estuaire). Les buts de cette étude étaient d'étudier les facteurs prédictifs du développement de l'endométriose, d'évaluer de manière prospective l'efficacité des traitements médicaux et chirurgicaux et d'estimer le coût de la prise en charge.

a) Information et consentement

Au cours de la consultation préopératoire, le chirurgien proposait à la patiente de participer à la cohorte en lui expliquant les objectifs et le déroulement de l'étude. Une lettre

d'information lui était alors remise et la patiente donnait son consentement écrit pour être incluse dans la cohorte CIRENDO.

b) Questionnaires initiaux.

3 questionnaires différents étaient remplis initialement.

Le premier était un auto-questionnaire rempli avant l'acte chirurgical par toutes les femmes opérées pour une endométriose, quelle que soit sa localisation. Il était remis lors de la consultation préopératoire par le chirurgien et devait être ramené complété par la patiente lors de son hospitalisation. Il concernait les antécédents familiaux et personnels, l'histoire naturelle et les symptômes de la maladie, la fertilité et le retentissement sur la qualité de vie. Dans ce questionnaire, 23 questions étaient consacrées à la sexualité.

Un deuxième auto-questionnaire était rempli par le chirurgien qui avait réalisé l'opération en post opératoire immédiat. Il faisait état du mode de diagnostic préopératoire, du déroulement de l'intervention, de la classification et de la sévérité de la maladie et du traitement post opératoire envisagé.

Enfin un troisième questionnaire était rempli par l'anatomopathologiste après analyse de la pièce opératoire, afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'endométriose.

c) Questionnaires de suivi à 1 an, 3 ans, 5 ans et 7 ans.

Lorsque la maladie était confirmée par examen histologique des pièces de biopsie, les patientes étaient incluses au sein de la cohorte CIRENDO. Elles bénéficiaient ensuite d'un suivi prospectif avec remplissage d'un auto-questionnaire à 1 an, 3 ans, 5 ans et 7 ans de la chirurgie. Ce dernier était envoyé à la patiente par courrier postal avec une enveloppe pré timbrée, et devait être retourné complété par courrier. Il reprenait globalement les mêmes items que celui rempli en préopératoire.

Un attaché de recherche était chargé de collecter les questionnaires de façon prospective à partir de juin 2009, de vérifier leur cohérence et de les enregistrer dans un fichier anonymisé. L'ensemble des réponses aux questionnaires était intégré dans la base de données CIRENDO.

d) Accords et financement.

L'étude CIRENDO bénéficie d'un financement assuré par le groupement G4 des CHU de Rouen, Lille, Amiens et Caen et par l'association ROUENDOMETRIOSE.

Le projet a été approuvé par le CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé) et la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

B. Critères d'inclusion et d'exclusion propres à notre étude

Pour être incluses dans notre étude, les patientes de la cohorte CIRENDO devaient présenter des dyspareunies depuis au moins 180 jours avant la chirurgie et être âgées de plus de 18 ans. Elles devaient avoir eu un geste chirurgical de traitement de leur endométriose et le diagnostic d'endométriose devait avoir été confirmé en histologie sur la pièce opératoire.

Les critères d'exclusion étaient la prise d'un traitement inducteur de l'ovulation dans les 6 mois précédents. Les patientes présentant un antécédent de cancers gynécologiques, d'autres maladies gynécologiques (Infections génitales hautes notamment), de maladies systémiques (Lupus Erythémateux disséminé, Rhumatismes inflammatoires, Sclérose en plaque, Maladie de Crohn ...) et de syndromes douloureux chroniques d'autres origines

(fibromyalgies, colopathies fonctionnelles...) étaient exclues. Les patientes déjà opérées pour une endométriose étaient également exclues.

C. Evaluation préopératoire et procédure chirurgicale

Le diagnostic préopératoire d'endométriose était basé sur l'anamnèse, les éléments cliniques et les éventuels résultats des imageries complémentaires (échographie pelvienne, endorectale, IRM...). Une partie des patientes bénéficiait d'un traitement hormonal préopératoire de l'endométriose (analogue de la GnRH, contraception orale œstroprogestative, progestatif).

Les patientes ont été opérées sous anesthésie générale par 44 chirurgiens expérimentés au sein de 13 centres référents. Les voies d'abord étaient différentes selon le siège et la sévérité de la maladie (coélioscopie, laparotomie, coélioscopie et laparotomie). L'étendue et la sévérité de la maladie étaient systématiquement établies en peropératoire selon le score de l'American Fertility Society (AFSr) révisé en 1985 (28). Pour être incluse dans la présente étude, chaque patiente devait avoir eu un geste chirurgical de type exérèse de l'endométriose. Le questionnaire rempli par le chirurgien précisait le type de traitement réalisé, la présence de complications peropératoires et la prescription d'un traitement hormonal de l'endométriose en post-opératoire.

D. Evaluation de la dyspareunie et de la sexualité

a) Objectifs principaux et secondaires

L'objectif principal de la présente étude était d'estimer les taux de dyspareunies aux différents temps après la chirurgie à 1 an, 3 ans et 5 ans et de comparer les taux de

dyspareunies au cours du temps. Le taux de dyspareunies au cours du temps était rapporté sur la population totale, sur la population n'ayant pas été enceinte depuis la consultation précédente et sur la population n'ayant pas été réopérée pour une endométriose depuis la consultation précédente.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les mesures avant et après chirurgie de différents paramètres de la sexualité: persistance des douleurs après les rapports sexuels, limitation volontaire du nombre de rapports sexuels en raison des douleurs, interruption des rapports sexuels en raison des douleurs, intensité moyenne de la dyspareunie sans antalgique, intensité moyenne de la dyspareunie avec antalgiques, tort causé par la maladie à la vie sexuelle, qualité de vie sexuelle.

b) Auto-questionnaire utilisé

Vingt-trois questions portaient sur la sexualité préopératoire de la patiente (*Annexe 1*) et 28 sur sa sexualité postopératoire (*Annexe 2*). Seules les patientes pour lesquelles persistaient des dyspareunies répondaient aux questions, les autres passaient directement au questionnaire suivant. Seule la question portant sur le tort causé par la maladie sur la vie sexuelle était rempli par toutes les patientes.

c) Score SAQ (Sexual Activity Questionnaire)

Le fonctionnement sexuel a été évalué à partir d'une version modifiée du questionnaire sur l'activité sexuelle SAQ (29,30). Ce questionnaire avait été utilisé au départ pour évaluer l'impact à long terme du Tamoxifène sur la sexualité des patientes à haut risque de développer un cancer du sein (30). Il comporte 12 items répartis en 3 parties (*Annexe 1*): statut conjugal et relationnel (2 items), raison de l'inactivité sexuelle (1 item), fonctionnement sexuel ce dernier mois (score SAQF – 9 items). Les items du score SAQ-F sont côté de 0 à 3 et décrivent le plaisir sexuel (5 items), l'inconfort sexuel (2 items), les

habitudes sexuelles (1 item) et la fatigue ressentie au moment des rapports (1 item). Plus le score est élevé dans chaque catégorie, plus le plaisir et l'inconfort sexuel sont importants. Les données psychométriques confirment que ce questionnaire est une mesure valide, fiable et acceptable pour décrire le fonctionnement sexuel féminin.

d) Echelle NAS

L'intensité de la douleur pendant le rapport avec et sans antalgique était cotée de 0 à 10 (0= pas de douleur, 10=douleur la plus forte possible) par l'échelle numérique analogique NAS (Numeric Analogue Scale).

Pour les patientes devenues non dyspareuniques au cours du suivi, le score de 0 était automatiquement attribué.

e) Tort causé par la maladie à la vie sexuelle

Le tort causé par la maladie à la vie sexuelle était coté de 0 à 4. Plus le score était élevé, plus le tort causé par l'endométriose à la vie sexuelle était faible.

f) Analyses en sous-groupes

Différentes analyses en sous-groupes ont été réalisées afin d'étudier le lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et les variables suivantes : présence ou non d'un traitement hormonal de l'endométriose en pré et postopératoire, sévérité de la maladie selon la classification AFSr, geste d'exérèse réalisé. Le taux de patientes dyspareuniques a également été recalculé après avoir exclues les patientes ayant eu une grossesse depuis la dernière consultation de suivi et celles ayant été réopérées pour leur endométriose depuis la dernière consultation de suivi.

E. Analyses statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement ainsi que par l'intermédiaire du test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage. L'évolution de la prévalence de la dyspareunie, de la persistance des douleurs, de l'interruption et de la limitation des rapports au cours du temps a été étudiée par l'intermédiaire du test de comparaison de fréquences d'échantillons appariés de Mc Nemar. L'évolution de l'intensité de la dyspareunie, de son impact sur l'activité sexuelle selon le score SAQ-F et du tort causé par la maladie sur la vie sexuelle au cours du temps a été étudiée par le test de comparaison de moyennes d'échantillons appariés de Wilcoxon (test des rangs signés). Le lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et la classification de la maladie, la prise d'un traitement hormonal et la réalisation d'un geste d'exérèse ou d'hystérectomie a été étudié par le test du Khi-Deux. Le seuil de significativité utilisé pour l'interprétation des résultats était de 5%. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute, version 9.4).

RESULTATS

A. Population de l'étude

Les modalités de sélection des patientes sont représentées dans la *Figure 1*. Sur les 1575 patientes incluses au sein de l'étude CIRENDO, 785 remplissaient les critères d'inclusion. 352 patientes furent exclues. Au total 433 patientes dyspareuniques opérées pour leur endométriose furent incluses dans notre étude. Sur ces 433, 358 ont pu bénéficier d'un suivi à 1 an (330 sexuellement actives), 215 d'un suivi à 3 ans (201 sexuellement actives) et 88 d'un suivi à 5 ans (77 sexuellement actives).

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le *Tableau 1*. Les patientes étaient âgées en moyenne de 30.33 ans et présentaient des dyspareunies depuis 5 ans en moyenne. Elles recevaient un traitement hormonal préopératoire dans 80% des cas et le score moyen de leur endométriose était de 37.66 en per-opératoire, soit une endométriose de stade 3 selon la classification AFSr. La présence d'un nodule utéro-sacré et/ou recto-vaginal était retrouvé chez 67.7% des patientes dyspareuniques. L'intervention s'était déroulée par voie coelioscopique dans 96% des cas. Une hystérectomie fut réalisée chez 38 patientes (8.8%). Un geste digestif était nécessaire pour 172 patientes (39.7%) et un geste urologique pour 58 patientes (13.4%). Enfin, 355 patientes (82.0%) s'étaient vues prescrire un traitement hormonal à la fin de l'hospitalisation.

Au cours du suivie, 70 patientes (19.6%) ont présenté une grossesse à 1 an, 89 (41.4%) entre 1 an et 3 ans et 29 (33.0%) entre 3 et 5 ans. Certaines de ces grossesses

étaient toujours en cours au moment du remplissage du questionnaire (58 à 1 an, 16 à 3 ans et 6 à 5 ans).

Enfin, 9 patientes (2.5%) furent réopérées pour leur endométriose au cours de la première année de suivi, contre 13 (6.1%) entre 1 an et 3 ans et 14 (15.9%) entre 3 ans et 5 ans.

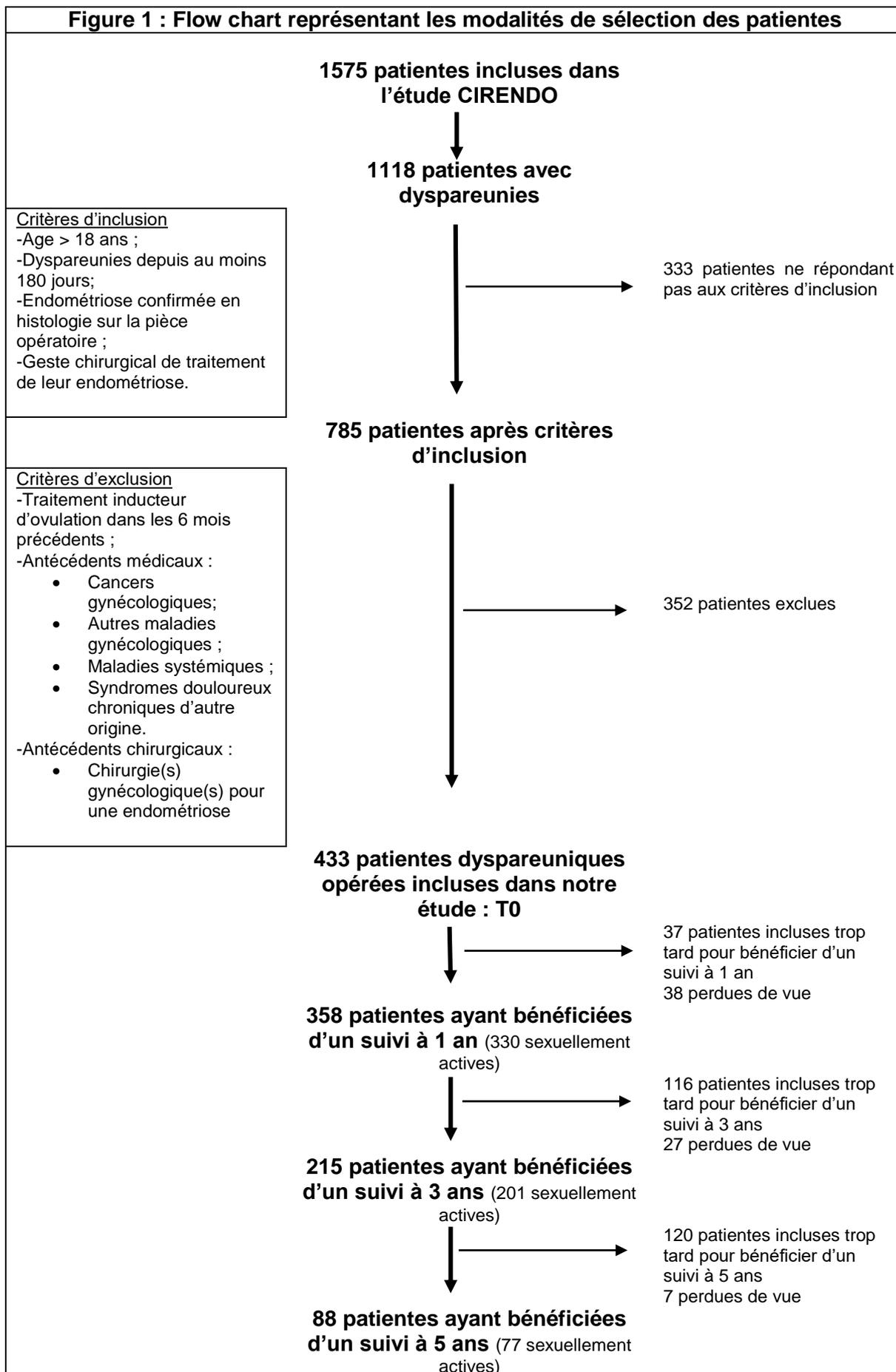


Tableau 1 : Caractéristiques de la population (n=433)

	Moyenne (déviati on standard)	
Age (années)	30.33 (6.54)	
Age des premières règles (années)	12.76 (1.72)	
Age des premiers rapports (années)	17.39 (2.62)	
Indice de masse corporelle (kg/m ²)	22.27 (4.16)	
Nombre d'enfants nés vivants	0.48 (0.84)	
Nombre de fausses couches spontanées	0.14 (0.45)	
Nombre d'interruptions volontaires de grossesse	0.09 (0.3)	
Durée des dyspareunies (jours)	1830.91 (1881.17)	
Durée du traitement hormonal préopératoire (mois)	3.95 (4.48)	
Durée de l'intervention (minutes)	137.30 (95.69)	
Score de l'endométriose AFSr	37.66 (36.66)	
	Effectif	%
Statut marital		
- Mariée	120	27.7
- Célibataire	80	18.5
- Divorcée	12	2.8
- Veuve	11	2.5
- En couple	197	45.5
- Autre	13	3.0
Traitement hormonal préopératoire		
- Analogue GnRH	249	57.5
- Estroprogestatif	47	10.9
- Progestatif	52	12.0
- Aucun	85	19.6
Type de dyspareunies		
- Dès la pénétration	75	17.3
- Pendant tout le rapport sexuel	64	14.8
- Lors de la pénétration profonde	288	66.5
- Non précisé	6	1.4
Patientes avec dysménorrhées	420	97.0
Patientes avec douleurs abdominales chroniques en dehors des règles	345	79.7
Voie d'abord chirurgicale		
- Laparoscopie	3	0.7
- Coelioscopie	416	96.1
- Laparoscopie + Coelioscopie	10	2.3
- Non précisée	4	0.9
Classification AFSr de l'endométriose		
- Stade 1 : 1-5	69	15.9
- Stade 2 : 6-15	109	25.2
- Stade 3 : 16-40	87	20.1
- Stade 4 : >40	165	38.1
- Non précisée	3	0.7
Localisation des nodules		
- Utéro-sacré	95	21.9
- Recto-vaginal	52	12.0
- Utéro-sacré + Recto-vaginal	146	33.7
- Vésical	11	2.5
- Pariétal	9	2.1
- Multiples >2 localisations	15	3.5

B. Dyspareunies

a) Evolution des patientes dyspareuniques au cours du temps (Tableau 2)

Tableau 2 : Evolution des patientes dyspareuniques au cours du temps				
	T0	1 an	3 ans	5 ans
N Dyspareunies (% SA)	433	180 (54.5% SA)	130 (64.7% SA)	40 (51.9% SA)
N sans dyspareunie (% SA)		150 (45.5% SA)	71 (35.3% SA)	37 (48.1% SA)
Total SA	433	330	201	77
Total SA + SI	433	358	215	88
<i>N : nombre de patientes ; SA : patientes sexuellement actives, SI : patientes sexuellement inactivee, T0 : temps avant l'opération</i>				

Après la chirurgie, on observait:

- **A 1 an, une persistance des dyspareunies chez 180 patientes** (soit **54.5%** de la population sexuellement active (SA) – IC 95% (49.5-60.3)). Ce chiffre était ramené à 157 patientes (**59.3% SA**) après exclusion des 63 patientes SA enceintes entre T0 et 1 an et à 173 patientes (**54.2% SA**) si on excluait les 9 patientes SA réopérées pour leur endométriose entre T0 et 1an.
- **A 3 ans, une persistance des dyspareunies chez 64.7%** des patientes SA (IC 95% (58.1-71.3)), ramené à **66.1%** après exclusion des 80 patientes SA enceintes et à **65.1%** après exclusion des 12 patientes SA réopérées entre 1 an et 3 ans.
- **A 5 ans, une persistance des dyspareunies chez 51.9%** des patientes SA (IC 95% (40.8-63.1)), ramené à **60.8%** après exclusion des 24 patientes SA enceintes et à **50.0%** après exclusion des 13 patientes SA réopérées entre 3 ans et 5 ans.

b) Comparaison du taux de dyspareunies au cours du suivi chez les femmes sexuellement actives

➤ **entre 1 an et 3 ans**

Parmi les 215 patientes qui ont bénéficié d'un suivi à 3 ans, 180 étaient sexuellement actives à la fois à 1 an et à 3 ans. Parmi ces patientes, on observait une augmentation significative du taux de dyspareunies, passant de 53.3% des patientes à 1 an (n=96) à 63.3% des patientes à 3 ans (n=114) (p=0.02).

➤ **entre 3 ans et 5 ans**

Parmi les 88 patientes qui ont bénéficié d'un suivi à 5 ans, 70 étaient sexuellement actives à la fois à 3 an et à 5 ans. Parmi ces patientes, on observait cette fois une diminution significative du taux de dyspareunies, passant de 71.4% des patientes à 3 ans (n=50) à 51.4% des patientes à 5 ans (n=36) (p=0.02).

c) Intensité de la dyspareunie sans prise d'antalgique sur l'échelle NAS (Tableau 3):

Chez l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'un suivi à 1 an, l'intensité moyenne de la dyspareunie sans antalgique passait de 6.05 (DS 2.26) avant l'opération à 2.98 (DS 3.18) à 1 an soit une diminution significative moyenne de 3.07 (p<0.01). Cette diminution était retrouvée de façon significative entre T0 et les autres temps du suivi avec à 3 ans, une intensité passant de 6.03 (DS 2.37) à 3.63 (DS 3.18) (p<0.01) et à 5 ans, une intensité passant de 6.24 (DS 2.35) à 3.09 (3.37) (p<0.01).

Chez les patientes restées dyspareuniques, l'intensité moyenne de leur dyspareunie sans antalgique passait de 6.33 (DS 2.18) avant la chirurgie à 5.37 (DS 2.31)

à 1 an, soit une diminution significative moyenne de 0.95 ($p < 0.01$). Entre T0 et 3 ans, l'intensité passait de 6.17 (DS 2.37) à 5.53 (DS 2.25), soit une diminution significative ($p = 0.01$). Entre T0 et 5 ans, l'intensité passait de 6.36 (DS 2.38) à 6.01 (DS 2.09), soit une baisse non significative ($p = 0.50$).

d) Intensité de la dyspareunie avec prise d'antalgique sur l'échelle NAS

(Tableau 3) :

Chez l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'un suivi à 1 an, l'intensité moyenne de la dyspareunie avec antalgique passait de 4.33 (DS 2.40) avant l'opération à 1.96 (DS 2.81) à 1 an, soit une diminution significative moyenne de 2.37 ($p < 0.01$). Une baisse significative de l'intensité était également retrouvée entre T0 et 3 ans ($p < 0.01$), avec un NAS passant de 4.37 (DS 2.92) à 2.51 (DS 3.01). Entre T0 et 5 ans, l'intensité passait de 4.42 (DS 2.64) à 1.00 (DS 2.19) mais l'effectif de patientes était insuffisant pour permettre d'effectuer une comparaison de ces taux avec un test de Wilcoxon apparié.

Chez les patientes restées dyspareuniques, l'intensité moyenne de la dyspareunie avec antalgique passait de 4.63 (DS 2.42) à 4.62 (DS 2.68) entre T0 et 1 an, de 4.42 (DS 2.42) à 3.87 (DS 2.33) entre T0 et 3 ans et de 4.66 (DS 2.42) à 4.38 (DS 1.92) entre T0 et 5 ans. Les différences observées n'étaient pas significatives.

C. Autres paramètres de la sexualité

a) **Persistance des douleurs après les rapports sexuels chez les patientes restées dyspareuniques (Tableau 4)**

Parmi les patientes restées dyspareuniques à 1 an de suivi, on observait une diminution significative de la persistance des douleurs après les rapports sexuels (RS), passant de 60.7% des patientes à T0 (N=105) à 38.7% des patientes à 1 an (N=67) ($p<0.01$). Une baisse de la persistance des douleurs était également retrouvée à 3 ans et 5 ans de suivi, mais n'était significative qu'à 3 ans de suivi ($p=0.04$).

b) **Limitation volontaire du nombre de rapports sexuels en raison des douleurs chez les patientes restées dyspareuniques (Tableau 4)**

Bien que les taux de limitations des RS en raison des douleurs augmentaient après la chirurgie, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les patientes dyspareuniques avant leur chirurgie et les patientes restées dyspareuniques durant le suivi.

c) **Interruption des rapports sexuels en raison des douleurs chez les patientes restées dyspareuniques (Tableau 4)**

A 1 an de suivi, on observait une diminution significative du taux d'interruptions des RS en raison des douleurs, passant de 24.0% des patientes à T0 (N=43) à 9.5% des patientes à 1 an (N=17) ($p<0.01$). A 3 ans, plus aucune patiente n'interrompait ses RS en raison des douleurs. A 5 ans, l'effectif de patientes était trop faible ($n=40$) et le nombre d'événement trop restreint pour permettre de réaliser le test de McNemar.

d) Tort causé par la maladie à la vie sexuelle (Tableau 3)

A 1 an, le tort causé par la maladie sur la vie sexuelle chez l'ensemble des patientes était coté en moyenne à 1.85/4 (DS 1.37) contre 1.13/4 (DS 1.07) avant la chirurgie. On observait ainsi une augmentation significative moyenne de 0.65 du score, traduisant une baisse significative du tort causé par la maladie sur la vie sexuelle entre T0 et 1 an ($p < 0.01$). Une diminution du tort causé par la maladie était également retrouvée à 3 ans (+0.71, $p < 0.01$) et à 5 ans (+0.72, $p = 0.01$) de suivi.

	T1 versus T0		T3 versus T0		T5 versus T0	
	m (DS)	p	m (DS)	p	m (DS)	p
NAS sans antalgique	-3.07 (3.33)	<0.01	-2.41 (3.47)	<0.01	-3.15 (3.98)	<0.01
NAS sans antalgique chez les patientes dyspareuniques	-0.95 (2.38)	<0.01	-0.64 (2.57)	0.01	-0.34 (3.06)	0.50
NAS avec antalgique	-2.37 (3.33)	<0.01	-1.86 (2.93)	<0.01		
NAS avec antalgique chez les patientes dyspareuniques	-0.01 (2.79)	0.99	-0.55 (2.43)	0.38		
Tort causé par la maladie à la vie sexuelle sur un score de 0 à 4 (0=tort maximal, 4=aucun tort)	+0.65 (1.36)	<0.01	+0.71 (1.30)	<0.01	+0.72 (1.61)	0.01

DS : déviation standard ; m : moyenne, p : seuil de significativité, en gras : résultats significatifs pour un seuil de significativité à 5%, T0 : temps préopératoire ; T1 : 1 an de suivi ; T3 : 3 ans de suivi ; T5 : 5 ans de suivi

	T1 versus T0		T3 versus T0		T5 versus T0	
	%	p	%	p	%	p
Persistance des douleurs après les RS chez les patientes dyspareuniques	38.7 vs 60.7	<0.01	46.1 vs 57.0	0.04	40.0 vs 57.5	0.11
Limitation volontaire du nombre de RS en raison des douleurs chez les patientes dyspareuniques	25.1 vs 18.9	0.12	17.6 vs 16.0	0.72	28.2 vs 20.5	0.41
Interruption des RS en raison des douleurs chez les patientes dyspareuniques	9.5 vs 24.0	<0.01	0 vs 23.0		7.5 vs 35.0	

DS : déviation standard ; % : pourcentage, p : seuil de significativité, en gras : résultats significatifs pour un seuil de significativité à 5% ; T0 : temps préopératoire ; T1 : 1 an de suivi ; T3 : 3 ans de suivi ; T5 : 5 ans de suivi

e) Qualité de vie sexuelle selon le score SAQ-F chez les patientes sexuellement actives le mois précédent (Tableau 5)

Chez les patientes restées dyspareuniques à 1 an, 3 ans et 5 ans de suivi, on ne retrouvait globalement pas d'amélioration significative de la qualité de vie sexuelle selon le score SAQ-F. On notait juste une amélioration significative de la satisfaction sexuelle à 1 an et une baisse significative de la douleur durant la pénétration à 1 an de suivi.

Tableau 5 : Qualité de vie sexuelle selon le questionnaire SAQ-F (test de Wilcoxon apparié)						
	T1 vs T0 (N=167)		T3 vs T0 (N=110)		T5 vs T0 (N=30)	
	m	p	m	p	m	p
PLAISIR SEXUEL (/15)	7.99 vs 7.53	0.13	7.39 vs 7.00	0.33	6.93 vs 6.83	0.90
L'activité sexuelle a représenté une part importante dans votre vie sexuelle (/3)	1.38 vs 1.43	0.45	1.28 vs 1.32	0.69	1.03 vs 1.30	0.15
Sexuellement satisfaite ce dernier mois (/3)	1.54 vs 1.37	0.05	1.43 vs 1.33	0.32	1.48 vs 1.24	0.29
Souhait d'avoir des rapports avec son partenaire (/3)	1.70 vs 1.72	0.75	1.66 vs 1.64	0.84	1.64 vs 1.61	0.86
Satisfaction après son activité sexuelle ce dernier mois (/3)	1.54 vs 1.34	0.01	1.37 vs 1.19	0.06	1.50 vs 1.32	0.38
Fréquence des RS ce dernier mois (/3 ; 3= au moins 5 RS, 2= 3-4 RS, 1= 1-2 RS, 0=aucun RS)	1.93 vs 1.81	0.13	1.70 vs 1.69	0.94	1.45 vs 1.48	0.88
INCONFORT SEXUEL (/6)	3.14 vs 3.26	0.41	3.45 vs 3.19	0.15	3.28 vs 2.97	0.42
Fréquence de la sécheresse vaginale durant les RS ce dernier mois (/3)	1.36 vs 1.41	0.63	1.56 vs 1.37	0.14	1.74 vs 1.33	0.13
Douleur ou gêne durant la pénétration (/3)	1.78 vs 1.95	0.05	1.95 vs 1.87	0.47	1.74 vs 1.70	0.88
HABITUDE SEXUELLE (/3)						
Fréquence des RS ce dernier mois par rapport à d'habitude (/3 ; 3=plus, 2=un peu plus, 1=la même, 0=moins)	0.93 vs 0.78	0.16	0.87 vs 0.64	0.05	0.65 vs 0.58	0.71
FATIGUE (/3)						
Trop fatiguée pour avoir des RS (/3)	1.37 vs 1.34	0.71	1.50 vs 1.32	0.12	1.72 vs 1.17	0.04

m : moyenne, p : seuil de significativité, en gras : résultats significatifs pour un seuil de significativité à 5%, T0 : temps préopératoire ; T1 : 1 an de suivi ; T3 : 3 ans de suivi ; T5 : 5 ans de suivi, RS : rapports sexuels

D. Analyses en sous-groupes :

a) Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et la prise ou non d'un traitement hormonal chez les femmes sexuellement actives (Tableau 6)

Tableau 6 : Lien entre dyspareunies à 1 an et traitement hormonal					
	Groupe A (TH+/TH+)	Groupe B (TH+/TH-)	Groupe C (TH-/TH+)	Groupe D (TH-/TH-)	p
Effectif	137	21	16	12	
Dyspareunies T0 : n	137	21	16	12	
Dyspareunies 1 an : n (%)	88 (64.2%)	10 (47.6%)	8 (50.0%)	6 (50.0%)	0.32
<p>Groupe A (TH+/TH+)= Prise d'un traitement hormonal avant la chirurgie ET prise d'un traitement hormonal après la chirurgie durant tout le suivi (du post-opératoire immédiat à 1 an) ;</p> <p>Groupe B (TH+/TH-)= Prise d'un traitement hormonal avant la chirurgie ET absence de prise d'un traitement hormonal après la chirurgie durant tout le suivi;</p> <p>Groupe C (TH-/TH+)= Absence de prise d'un traitement hormonal avant la chirurgie ET prise d'un traitement hormonal après la chirurgie durant tout le suivi;</p> <p>Groupe D (TH-/TH-)= Absence de prise d'un traitement hormonal avant la chirurgie ET absence de prise après la chirurgie durant tout le suivi;</p> <p>p : seuil de significativité (significatif si <0.05)</p>					

L'effectif total était de 186 patientes et non 330 (nombre de patientes opérées ayant bénéficiées d'un suivi à 1 an et sexuellement actives à 1 an) car il fallait bien une continuité entre la prise d'un traitement en post-opératoire immédiat et la prise d'un traitement à 1 an. Beaucoup de patientes prenaient un traitement en post-opératoire immédiat et n'en prenaient plus à 1 an et inversement.

Quelque soit le groupe, la chirurgie permettait une disparition des dyspareunies pour 35 à 52% des patientes à 1 an de la chirurgie. A noter la grande disparité des effectifs entre les groupes puisque 137 patientes sur les 330 SA à 1 an (41.5%) avaient reçu un traitement hormonal en pré et post opératoire alors que 12 patientes (3.6%) n'en avaient jamais reçu. On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes avec un test du Chi² (p=0.32). **En d'autres termes, aucun lien significatif entre le taux de dyspareunies à 1 an de la chirurgie et la prise ou non d'un traitement hormonal en pré et post-opératoire n'a été retrouvé.**

b) **Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et la sévérité de la maladie selon la classification AFS-R chez les femmes sexuellement actives (Tableau 7)**

	ASFr 1	ASFr 2	ASFr 3	ASFr 4	p
Dyspareunies T0 : n	49	88	64	126	
Dyspareunies 1 an : n (%)	39 (79.6%)	52 (59.1%)	31 (48.4%)	57 (45.2%)	<0.01
Score de l'American Fertility Society (AFSr): ASFr 1 = 1-5; ASFr 2 = 6-15; ASFr 3 = 16 – 40; ASFr 4 >40 n : effectif de patientes ; p : seuil de significativité (significatif si <0.05) ; T0 : temps préopératoire					

L'effectif total était de 327 et non 330 car certains chirurgiens n'avaient pas renseigné le stade de la maladie. 45.2% des patientes du groupe AFSr 4 restaient dyspareuniques à 1 an contre 48.4% dans le groupe AFSr 3, 59.1% dans le groupe AFSr 2 et 79.6% dans le groupe AFSr 1. On retrouvait une différence significative sur la baisse des dyspareunies entre les différents groupes avec un test du Chi² (p<0.01). **Plus la maladie était sévère selon la classification AFSr, plus la chirurgie permettait de réduire de façon significative le taux de patientes dyspareuniques à 1 an.**

c) **Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et le geste d'exérèse réalisé chez les femmes sexuellement actives (Tableau 8)**

	Exérèse Nodule(s) utéro-sacré et/ou recto-vaginal	Exérèse nodule(s) d'exérèse autre(s) ou pas	p
Dyspareunies T0 : n	209	57	
Dyspareunies 1 an : n (%)	108 (51.7%)	29 (50.9%)	0.92
n : effectif de patientes ; p : seuil de significativité (significatif si <0.05) ; T0 : temps préopératoire			

L'effectif total était de 266 et non 330 car certains chirurgiens n'avaient pas renseigné si l'exérèse d'un nodule avait eu lieu. Parmi les patientes ayant bénéficié de l'exérèse d'un ou plusieurs nodules utéro-sacrés (US) et/ou recto-vaginaux (RV), 51.7% étaient restés dyspareuniques à 1 an contre 50.9% pour celles qui avaient bénéficié de l'exérèse d'un nodule localisé ailleurs ou qui n'avaient pas bénéficié d'exérèse. On ne retrouvait pas de différence significative sur le taux de dyspareunies entre les deux groupes avec un test du Chi² (p=0.92). **La chirurgie d'exérèse de nodules utéro-sacrés et/ou recto-vaginaux ne permettait pas de réduire de façon différente les dyspareunies, comparé aux autres patientes.**

d) Lien entre le taux de dyspareunies à 1 an et la réalisation d'une hystérectomie chez les femmes sexuellement actives (Tableau 9)

	Hystérectomie	Absence d'hystérectomie	p
Dyspareunies T0 : n	25	290	
Dyspareunies 1 an : n (%)	11 (44.0%)	163 (56.2%)	0.24

n : effectif de patientes ; p : seuil de significativité (significatif si <0.05) ; T0 : temps préopératoire

L'effectif total était de 315 et non 330 car certains chirurgiens n'avaient pas renseigné s'il y avait eu ou non hystérectomie. Parmi les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie, 44.0% sont restés dyspareuniques à 1 an contre 56.2% pour celles qui n'avaient pas bénéficié d'hystérectomie. On ne retrouvait pas de différence significative sur le taux de dyspareunies entre les deux groupes avec un test du Chi² (p=0.24). **La réalisation d'une hystérectomie ne permettait pas de réduire de façon significativement plus importante les dyspareunies, comparé aux autres patientes.**

E. Résumé des résultats principaux

Chez l'ensemble des patientes opérées, on observait après la chirurgie:

- Une persistance des dyspareunies chez 54.5%, 64.7% et 51.9% des patientes SA à 1 an, 3 ans et 5 ans de suivi respectivement ;
- Une augmentation significative des dyspareunies entre 1 an et 3 ans de suivi, puis une diminution significative des dyspareunies entre 3 ans et 5 ans de suivi ;
- Une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie sans prise d'antalgique tout au long du suivi ;
- Une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie avec prise d'antalgique à 1 an et 3 ans de suivi ;
- Une baisse significative du tort causé par la maladie à la vie sexuelle durant tout le suivi.

Chez les patientes restées dyspareuniques après l'opération, on observait après chirurgie:

- Une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie sans antalgique à 1 an et 3 ans de suivi ;
- Aucune différence significative concernant l'intensité de la dyspareunie avec antalgique ;
- Une baisse significative de la persistance des douleurs après les RS à 1 an et 3 ans de suivi ;
- Une hausse non significative de la limitation des RS en raison des douleurs ;
- Une baisse significative de l'interruption des RS en raison des douleurs à 1 an et 3 ans de suivi.

Concernant la qualité de vie sexuelle selon le score SAQ-F chez les patientes restées dyspareuniques et sexuellement actives le mois précédent, on ne retrouvait pas d'amélioration significative des scores de plaisir sexuel, d'inconfort sexuel, d'habitude sexuel et de fatigue sexuelle chez les patientes restées dyspareuniques après chirurgie. On notait juste une amélioration significative de la satisfaction sexuelle et une baisse significative de la douleur durant la pénétration à 1 an de suivi.

Concernant les facteurs pouvant influencer le taux de dyspareunies 1 an après la chirurgie :

- La prise ou non d'un traitement hormonal en pré et post-opératoire ne paraissait pas influencer sur le taux de dyspareunies de façon significative ;
- Plus la maladie était sévère selon la classification AFSr, plus la chirurgie permettait de réduire de façon significative le taux de patientes dyspareuniques ;
- La chirurgie d'exérèse de nodules utéro-sacrés et/ou recto-vaginaux ne permettait pas de réduire de façon différente les dyspareunies, comparé aux autres patientes ;
- La réalisation d'une hystérectomie ne permettait pas de réduire de façon significativement plus importante les dyspareunies, comparé aux autres patientes.

DISCUSSION

Dès 1776, l'endométriose était déjà décrite dans certains ouvrages comme : « une souffrance corporelle inévitable quand il s'agit de cette maladie » (31). Plus de deux siècles plus tard, cette souffrance est toujours d'actualité bien que des traitements médicamenteux et chirurgicaux tentent d'en atténuer les effets. Le but de notre étude était non seulement d'évaluer l'impact de la chirurgie sur les dyspareunies, mais aussi sur la qualité de vie sexuelle globale de ces patientes endométriosiques.

Notre étude retrouvait une nette diminution des dyspareunies après la chirurgie, dont le bénéfice persistait jusqu'à 5 ans de suivi. Cette disparition complète des dyspareunies chez un peu moins de 50% des patientes se traduisait par une baisse significative de l'intensité de la douleur durant le rapport ainsi qu'une baisse significative du tort causé par la maladie sur la vie sexuelle ressentie par la patiente. Quant aux patientes dont la dyspareunie persistait après la chirurgie, on notait une diminution significative de l'intensité de la dyspareunie sans antalgique ainsi qu'une amélioration de certains paramètres de leur sexualité tels que la satisfaction sexuelle, la persistance des douleurs après les rapports et l'interruption des rapports en raison des douleurs. Nous n'avons toutefois pas retrouvé de hausse du désir sexuel et de la fréquence des rapports ni d'amélioration globale de la qualité de vie sexuelle chez ces patientes restées dyspareuniques. Nos résultats sur les dyspareunies étaient concordants avec les autres études déjà publiées (1,8,9,12,27) mais on ne retrouvait pas dans notre étude d'amélioration significative de la qualité de vie sexuelle comme c'était le cas dans celle d'Abott et al. (27), de Ferrero et al. (12), de Setälä

et al. (9), de Fritzer et al. (1) ou de Dubuisson et al. (8). Cette différence tenait au fait que dans notre étude, les patientes qui ne présentaient plus de dyspareunie après la chirurgie ne remplissaient pas le questionnaire sur la sexualité. Les différents paramètres d'activité sexuelle portaient donc sur les patientes restées dyspareuniques après la chirurgie et non sur la totalité des patientes opérées, comme c'était le cas dans les études précédemment citées.

Dans la littérature, seules quelques études ont étudié l'impact de la résection chirurgicale de l'endométriose sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle (*Tableau 10*). Dans son étude de cohorte prospective publiée en 2003, Abbott et al. (27) ont suivi 135 patientes endométriosiques sur une durée moyenne de 38 mois après la chirurgie. Ils décrivaient une diminution significative de l'intensité de la dyspareunie, passant d'une NAS médiane de 7.0 en préopératoire à 0 en postopératoire ($p < 0.00001$). Cette diminution était retrouvée de façon significative quelque soit le stade de sévérité de la maladie selon la classification AFSr. La qualité de vie sexuelle était quant à elle significativement améliorée après la chirurgie, même si elle restait inférieure à celle des femmes anglaises non endométriosiques. Dans son étude de cohorte prospective publiée en 2007, Ferrero et al. (12) ont suivi 68 femmes avec une endométriose pelvienne profonde sur une durée de 1 an après la chirurgie. Les patientes ne prenaient pas de traitement hormonal après l'opération. Les auteurs retrouvaient une baisse significative de l'intensité des dyspareunies, passant d'une NAS moyenne de 7.6 avant chirurgie à 2.6 à 1 an de la chirurgie ($p < 0.001$). Ils notaient une amélioration de la qualité de vie sexuelle à 1 an de la chirurgie. Dans son étude prospective publiée en 2012, Setälä et al. (9) retrouvaient une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie 12 mois après chirurgie incluant une résection vaginale chez 22 femmes ayant une atteinte du cul de sac vaginal postérieur (passage d'une NAS moyenne de 4.3 avant chirurgie à 1.7 après chirurgie, $p < 0.05$). Ils notaient également une

amélioration significative de la satisfaction sexuelle et de l'activité sexuelle. Dans son étude prospective multicentrique de 2015, Fritzer et al. (1) ont mis en évidence une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie, 10 mois après chirurgie complète de l'endométriose, chez 96 patientes endométriosiques (passage d'une NAS moyenne de 6.18 avant chirurgie à 2.49 après chirurgie chez des patientes avec endométriose profonde, $p < 0.001$). Ils observaient une amélioration significative de la qualité de vie sexuelle. Il n'était par contre pas observé d'augmentation de la fréquence des rapports sexuels et il était même retrouvé une augmentation significative de l'évitement des rapports sexuels. L'étude de Dubuisson et al. (8) de 2013 retrouvait également chez 20 patientes une amélioration significative de la dyspareunie et de la qualité de vie sexuelle globale sur 23.3 mois de suivi. L'ensemble de ces études portaient sur des effectifs de patientes plus faibles et des durées de suivi plus courtes que dans notre étude.

Tableau 10 : Revue des études évaluant l'impact de la résection chirurgicale de l'endométriose sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle

Références	Type d'étude	Effectifs	Durée de suivie	Intensité de la dyspareunie
Abbott et al. 2003 (27)	Cohorte prospective	135 patientes endométriosiques	3.2 ans de suivi moyen	Passage NAS médiane de 7 à 0 au terme du suivi ($p < 0.00001$)
Ferrero et al. 2007 (12)	Cohorte prospective	68 patientes avec endométriose profonde	12 mois	Passage NAS moyenne de 7.6 à 2.6 à 1 an de suivi ($p < 0.001$)
Setälä et al. 2012 (9)	Cohorte prospective	22 patientes avec atteinte cul de sac vaginal postérieur	12 mois	Passage NAS moyenne de 4.3 à 1.7 à 1 an de suivi ($p < 0.05$)
Dubuisson et al. 2013 (8)	Cohorte prospective	20 patientes avec endométriose profonde	23.3 mois	Passage NAS moyenne de 6 à 2 à 23.3 mois de suivi ($p = 0.012$)
Fritzer et al. 2015 (1)	Cohorte prospective	96 patientes endométriosiques	10 mois en moyenne	Passage NAS moyenne de 6.18 à 2.49 à 10 mois de suivi ($p < 0.001$)

Il a été reporté dans la littérature une faible corrélation entre l'étendue de la maladie et la symptomatologie douloureuse (32,33). Cela se vérifie dans notre étude puisque de très nombreuses patientes avec une endométriose peu étendue présentaient des dyspareunies

avec une altération de leur qualité de vie. On notait toutefois une proportion plus importante d'endométriose étendue au stade 4 parmi les patientes dyspareuniques (38% des patientes contre 15 à 25% pour les stades 1 à 3). Ces taux étaient concordants avec l'étude d'Abbott et al. (27) mais discordants avec l'étude de Fritzer et al. qui reportait que les patientes dyspareuniques étaient réparties de façon égales entre les quatre stades de la maladie (1). Les résultats de notre analyse en sous-groupe retrouvaient une réduction significativement plus importante du taux de dyspareunies à 1 an lorsque l'étendue de la maladie augmentait selon la classification AFSr. Ces données étaient en contradiction avec celles d'Abbott et al. (27), qui suggéraient que la réduction de la douleur était indépendante du stade de la maladie.

La présence d'un nodule utéro-sacré et/ou recto-vaginal était retrouvée chez 67.7% des patientes avec dyspareunies, concordant ainsi avec les données de la littérature qui notent une corrélation entre la présence de dyspareunies et l'atteinte des ligaments US ou de la paroi RV (11,14,34,35). Dans la présente étude, l'analyse en sous-groupe ne retrouvait pas de différence entre le taux de dyspareunies à 1 an des patientes ayant bénéficié de l'exérèse des nodules US et/ou RV par rapport à celles ayant bénéficiées d'une autre chirurgie. Bien que l'on ne puisse généraliser ce résultat du fait de la grande différence d'effectifs entre les différents groupes, cela renforce les résultats de Ferrero et al. (12), qui notaient une amélioration significative des dyspareunies à 1 an de la chirurgie, et ce de façon similaire qu'il y ait ou non une atteinte des ligaments utéro-sacrés (LUS). Ils retrouvaient une amélioration de la qualité de vie sexuelle à 1 an de la chirurgie, avec dans le groupe de femmes ayant une atteinte des LUS, une augmentation significative de la fréquence des rapports sexuels, de la satisfaction orgasmique, du sentiment de relaxation après les rapports et une diminution significative de l'interruption des rapports due à la douleur. Une amélioration de la qualité de vie sexuelle était également retrouvée dans le

groupe sans atteinte des LUS, mais les résultats n'étaient pas tous significatifs du fait du faible effectif de patientes. Ces données suggèrent que la présence de nodules recto-vaginaux et utéro-sacrés ne sont pas les seuls déterminants de la dyspareunie profonde chez les femmes endométriosiques.

L'endométriose est une maladie chronique, dont la reconnaissance est souvent tardive, qui vient toucher l'intimité profonde, la féminité et questionne la femme dans son rapport avec un corps douloureux. Il n'est pas rare qu'elle entraîne des répercussions au niveau du couple : incompréhension du partenaire, perturbation de la sexualité, défaut de communication (36) ou socio-professionnelles : baisse de la productivité au travail, hausse de l'absentéisme, limitation des activités, repli sur soi... (37–39). Bien que le tort causé par la maladie sur la vie sexuelle diminuait significativement après la chirurgie dans notre étude, plus de la moitié des patientes restaient dyspareuniques et conservaient une qualité de vie sexuelle altérée. Dans leur étude publiée en 2005 (11), Ferrero et al. retrouvaient une qualité de vie sexuelle significativement plus altérée chez des patientes dyspareuniques endométriosiques que chez des patientes dyspareuniques non endométriosiques. L'approche sexologique de la maladie ne peut donc se résumer à la prise en charge de la dyspareunie et le traitement lésionnel chirurgical du processus pathologique ne pourra garantir à lui seul une sexualité post-opératoire épanouie.

Qu'il s'agisse d'un trouble du désir, du plaisir ou de la pénétration, la dysfonction sexuelle s'inscrit dans une histoire individuelle (axe vertical en sexologie) et dans un environnement psychologique, relationnel, social, physique et motivationnel propre à chaque patiente (axe horizontal) (40). Les différents éléments de ces deux dimensions verticales et horizontales sont en interaction permanente et nécessitent une évaluation sexoclinique complète afin de retrouver une motivation sexuelle et de résoudre de façon durable la dysfonction sexuelle.

En cas de disparition des dyspareunies après chirurgie, ce nouvel apprentissage des motivations sexuelles passera par l'activation du système de récompense associée à la sexualité, au sein duquel le plaisir sexuel apparaît comme un élément fondamental (41). Chez les femmes dyspareuniques, cette récompense a souvent été absente, d'où un effet inverse de renforcement négatif sur la sexualité avec évitement des rapports sexuels. Cette notion de continuité féminine est bien retrouvée dans le modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine proposé par Whipple et Brash-McGreer (42), qui montre que seul un rapport sexuel satisfaisant pourra amener à la phase de séduction du rapport sexuel suivant.

Cet apprentissage prendra du temps et sa durée dépendra de plusieurs facteurs.

- **Les conditionnements émotionnels** (41): qui intègrent tous les signaux et émotions passés, négatifs ou positifs, associés aux relations sexuelles.
- **Les facteurs cognitifs et socio-culturels** associés à la sexualité (41): qui aboutissent à des valeurs et des représentations mentales de la sexualité parfois complexes ;
- **Les facteurs hormonaux** (41): impliqués notamment dans le cadre des traitements par agoniste de la GnRH donnés parfois en pré et post opératoire. Ces traitements entraînent une pseudo-ménopause dont la symbolique aggrave encore l'impact de la maladie sur la féminité, chez des femmes dont le pouvoir de séduction et l'estime de soi sont déjà impactés par la maladie;
- **L'existence ou non d'une situation d'infertilité.** Pour ces couples hypofertiles, les répercussions sur la sexualité sont nombreuses et fonction des résultats des bilans réalisés. Elles peuvent se traduire par une altération de l'identité sexuelle (estime de soi et féminité), une diminution de la fréquence des rapports, du désir et de la satisfaction sexuelle (43,44). L'endométriose bouleverse l'identité même de la femme puisque elle met en doute sa capacité à enfanter et à être mère. Une

dysfonction érectile d'origine multifactorielle pourra également apparaître chez le conjoint au cours du bilan (identification d'une cause masculine d'hypofertilité, souffrance de la compagne, relation sexuelle à visée de fécondation...). Ces répercussions seront aggravées par les traitements et les investigations imposées par l'aide médicale à la procréation (43,44). Reconstruire une sexualité dans ce contexte représentera une difficulté supplémentaire.

- **Le rôle du partenaire.** La sexualité dans un couple est le résultat d'un consensus entre deux sexualités initialement différentes. La prise en charge de la dysfonction sexuelle féminine va venir bouleverser ce consensus parfois précaire avec le risque de voir apparaître un trouble sexuel masculin. Un nouvel équilibre devra donc être trouvé et la prise en charge sexologique s'attachera à ne pas négliger la place du conjoint.

Forces et limites de notre étude

A notre connaissance, parmi les études évaluant la dyspareunie et la qualité de vie sexuelle des patientes endométriosiques après chirurgie, la présente étude portait sur le plus large effectif de patientes endométriosiques et la durée de suivi la plus longue. Par ailleurs, son caractère prospectif et multicentrique constituait un autre point fort.

La principale faiblesse de notre étude était que seules les patientes restées dyspareuniques après chirurgie répondaient à la plupart des questions sur la sexualité. Notre étude ne permettait donc pas d'étudier la qualité de vie sexuelle des patientes n'ayant plus de dyspareunie après chirurgie. Par ailleurs, le questionnaire adressé aux patientes faisant plus de 30 pages, certaines patientes n'avaient pas répondues à la totalité des questions concernant la sexualité, d'où un biais évident de non-réponse, venant s'ajouter aux perdus de vue.

Un autre point faible de l'étude concernait l'éventuel prise d'un traitement hormonal, prescrit chez 80.4% des patientes en pré-opératoire, 82.0% des patientes en post-opératoire immédiat et 52.5% des patientes à 1 an de suivi. Pour cette raison, une analyse en sous-groupe a été réalisée ne retrouvant pas de lien significatif entre la prise d'un traitement hormonal et l'existence des dyspareunies à 1 an de la chirurgie. Cette donnée est à prendre avec précaution et ne doit pas remettre en cause l'intérêt du traitement hormonal car l'effectif de patientes dans le groupe A était bien plus important que dans les autres groupes. Dans la littérature, le traitement hormonal apparaît comme un élément essentiel dans la prise en charge de la symptomatologie douloureuse avec un effet suspensif prouvé sur les douleurs et l'évolution de la maladie après une chirurgie conservatrice (18,45).

CONCLUSION

La sexualité des patientes atteintes d'endométriose est une question complexe car influencée par de multiples facteurs. Notre étude a permis de démontrer que la chirurgie permettait de faire disparaître les dyspareunies chez un peu moins de la moitié des patientes, avec un bénéfice persistant jusqu'à 5 ans de suivi. Pour permettre une qualité de vie sexuelle optimale, cette prise en charge chirurgicale devra s'intégrer dans une approche sexologique globale, prenant en compte l'ensemble des composantes de la sexualité de la patiente, sans oublier la place du partenaire au sein du couple.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fritzer N, Tammaa A, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, et al. When sex is not on fire: a prospective multicentre study evaluating the short-term effects of radical resection of endometriosis on quality of sex life and dyspareunia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Feb;197:36–40.
2. Dunselman G a. J, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2014 Mar;29(3):400–12.
3. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997 Jun;24(2):235–58.
4. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008 Oct;115(11):1382–91.
5. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril.* 1991 Apr;55(4):759–65.
6. Sepulcri R de P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Jan;142(1):53–6.
7. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJBC, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med.* 2011 Feb;8(2):497–503.
8. Dubuisson J, Pont M, Roy P, Golfier F, Raudrant D. Sexualité féminine après chirurgie pour endométriose pelvienne profonde. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues12979589v41i1S1297958912003633](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues12979589v41i1S1297958912003633) [Internet]. 2013 Jan 16 [cited 2016 Dec 30]; Available from: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/781309/resultatrecherche/1](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/781309/resultatrecherche/1)

9. Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kössi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Jun;91(6):692–8.
10. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2007 Jul;33(3):189–93.
11. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril.* 2005 Mar;83(3):573–9.
12. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2007 Apr;22(4):1142–8.
13. Montanari G, Di Donato N, Benfenati A, Giovanardi G, Zannoni L, Vicenzi C, et al. Women with deep infiltrating endometriosis: sexual satisfaction, desire, orgasm, and pelvic problem interference with sex. *J Sex Med.* 2013 Jun;10(6):1559–66.
14. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J-B, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril.* 2002 Oct;78(4):719–26.
15. Chopin N, Vieira M, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Coste J, et al. Operative management of deeply infiltrating endometriosis: results on pelvic pain symptoms according to a surgical classification. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005 Apr;12(2):106–12.
16. Nardo LG, Moustafa M, Gareth Beynon DW. Laparoscopic treatment of pelvic pain associated with minimal and mild endometriosis with use of the Helica Thermal Coagulator. *Fertil Steril.* 2005 Mar;83(3):735–8.
17. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril.* 2001 Mar;75(3):485–8.
18. Vercellini P, De Giorgi O, Mosconi P, Stellato G, Vicentini S, Crosignani PG. Cyproterone acetate versus a continuous monophasic oral contraceptive in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Fertil Steril.* 2002 Jan;77(1):52–61.
19. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2005 Dec;11(6):595–606.
20. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 1997 Oct;90(4 Pt 1):583–9.
21. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004 Jun;25(2):123–33.
22. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999 Feb 10;281(6):537–44.

23. Vercellini P, Frontino G, Pietropaolo G, Gattei U, Daguati R, Crosignani PG. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and clinical management. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004 May;11(2):153–61.
24. Reich H, McGlynn F, Salvat J. Laparoscopic treatment of cul-de-sac obliteration secondary to retrocervical deep fibrotic endometriosis. *J Reprod Med.* 1991 Jul;36(7):516–22.
25. Chapron C, Dubuisson JB, Fritel X, Fernandez B, Poncelet C, Béguin S, et al. Operative management of deep endometriosis infiltrating the uterosacral ligaments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1999 Feb;6(1):31–7.
26. Thomassin I, Bazot M, Detchev R, Barranger E, Cortez A, Darai E. Symptoms before and after surgical removal of colorectal endometriosis that are assessed by magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 May;190(5):1264–71.
27. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2003 Sep;18(9):1922–7.
28. Brosens IA, Cornillie F, Koninckx P, Vásquez G. Evolution of the Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis. *Fertil Steril.* 1985 Nov;44(5):714–6.
29. Vistad I, Fosså SD, Kristensen GB, Mykletun A, Dahl AA. The sexual activity questionnaire: psychometric properties and normative data in a norwegian population sample. *J Womens Health* 2002. 2007 Feb;16(1):139–48.
30. Thirlaway K, Fallowfield L, Cuzick J. The Sexual Activity Questionnaire: a measure of women's sexual functioning. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 1996 Feb;5(1):81–90.
31. Brotherson L. *Dissertatio medico inauguralis de utero inflammatione ejusdem.* In: Balfour and Smellie. Edinburgh; 1776.
32. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril.* 1996 Feb;65(2):299–304.
33. F.Parazzini et al. F. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod.* 2001 Dec 1;16(12):2668–71.
34. Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1999 Nov;6(4):429–34.
35. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2007 Apr;22(4):1142–8.
36. Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qual Health Res.* 2007 May;17(5):571–85.

37. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum Reprod Update*. 2013 Dec;19(6):625–39.
38. Gilmour JA, Huntington A, Wilson HV. The impact of endometriosis on work and social participation. *Int J Nurs Pract*. 2008 Dec;14(6):443–8.
39. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011 Aug;96(2):366–373.e8.
40. Cabanis C. Analyse clinique des dysfonctions sexuelles féminines. In: *Manuel de Sexologie*. Elsevier Masson; 2014. p. 76–7.
41. Wunsch S. Bases neuropsychologiques de la sexualité humaines. In: *Manuel de Sexologie*. Elsevier Masson. 2014. p. 45–7.
42. Whipple B. Women's sexual pleasure and satisfaction. A new view of female sexual function. *Female Patient*. 2002;27:39–44.
43. Jean M. Sexualité et infertilité. In: *Manuel de Sexologie*. Elsevier Masson. 2014. p. 144–7.
44. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2001 Aug;16(8):1762–7.
45. Vercellini P, Pietropaolo G, De Giorgi O, Pasin R, Chiodini A, Crosignani PG. Treatment of symptomatic rectovaginal endometriosis with an estrogen-progestogen combination versus low-dose norethindrone acetate. *Fertil Steril*. 2005 Nov;84(5):1375–87.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENDOMETRIOSE ET SEXUALITE AVANT LA CHIRURGIE

DOULEURS PENDANT LES RAPPORTS SEXUELS - DYSPAREUNIES

Avez-vous actuellement des rapports sexuels? OUI (1), NON (2)

Avez-vous des douleurs pendant les rapports ? OUI (1), NON (2), NA(3).....

Si NON : passez à la page 14 (douleurs en dehors des règles)

Si OUI :

Depuis combien de temps avez-vous des douleurs pendant les rapports ?

Jours Mois Ans

Les douleurs apparaissent-elles :

Dès la pénétration (1), pendant tout le rapport (2), lors de la pénétration profonde (3):.....

L'intensité des douleurs est-elle modifiée par la position pendant les rapports ?

OUI (1) NON (2).....

Ces douleurs sont-elles apparues à la suite de :

1ers rapports - accouchement – césarienne - fausse couche - IVG - pose du stérilet - stress - ne sais pas –
NON - autre - Précisez

Les douleurs persistent-elles après la fin des rapports ? OUI (1) NON (2).....

Si OUI : veuillez préciser combien de temps elles persistent :

Minutes Heures Jours

Les douleurs limitent votre vie sexuelle ?

Pas d'influence (1)

Vous limitez volontairement le nombre de vos rapports en raison de ces douleurs (2)

Vous interrompez les rapports en raison de ces douleurs (3)

Vous n'acceptez pas toujours les rapports en raison de ces douleurs (4)

Vous n'acceptez plus du tout les rapports en raison de ces douleurs (5)

Vous avez des douleurs modérées, mais vous n'êtes pas obligée d'interrompre le rapport sexuel (6)

Vous avez des douleurs mais elles dépendent des positions:OUI (1) NON (2)

Questionnaire activité sexuelle (SAQ)

	OUI	NON
Etes vous mariée ou vivez-vous avec quelqu'un ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous changé de partenaire sexuel dans les derniers 6 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une activité sexuelle avec quelqu'un ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si NON :</i>		
Actuellement vous n'avez pas d'activité sexuelle parce que		
Je n'ai pas de partenaire en ce moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon partenaire est trop fatigué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sexe ne m'intéresse pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon partenaire n'est pas intéressé par le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un problème physique qui rend mes relations sexuelles difficiles et inconfortables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon partenaire a un problème physique qui lui rend les rapports sexuels désagréables et difficiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours du dernier mois avant l'intervention et un éventuel traitement hormonal :

	Beaucoup	Suffisamment	Pas trop	Pas du tout
L'activité sexuelle a-t-elle représenté une part importante de votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été sexuellement satisfaite au cours de ce mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etiez vous en général trop fatiguée pour avoir des relations sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souhaité avoir des rapports avec votre ou vos partenaire(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant les rapports sexuels, quelle a été la fréquence de la sécheresse vaginale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur ou de la gêne pendant la pénétration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes vous en général sentie satisfaite par votre activité sexuelle au cours de ce mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 fois ou plus	3-4 fois	1-2 fois	Aucune
Combien de fois par mois avez-vous eu des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plus que d'habitude	Presque plus	Environ la même	Moins que d'habitude
Quelle a été la fréquence des rapports par rapport à	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENDOMETRIOSE ET SEXUALITE A 1 AN, 3 ANS, 5 ANS, 7 ANS APRES CHIRURGIE

DOULEURS PENDANT LES RAPPORTS SEXUELS - DYSPAREUNIES

Avez-vous actuellement des rapports sexuels? OUI (1), NON (2)

Avez-vous des douleurs pendant les rapports ? OUI (1), NON (2), NA(3).....

Si NON : passez à la page 14 (douleurs en dehors des règles)

Si OUI :

Depuis combien de temps avez-vous des douleurs pendant les rapports ?

Jours Mois Ans

Les douleurs apparaissent-elles :

Dès la pénétration (1), pendant tout le rapport (2), lors de la pénétration profonde (3):.....

L'intensité des douleurs est-elle modifiée par la position pendant les rapports ?

OUI (1) NON (2).....

Ces douleurs sont-elles apparues à la suite de :

1ers rapports - accouchement – césarienne - fausse couche - IVG - pose du stérilet - stress - ne sais pas –
NON - autre - Précisez

Les douleurs persistent-elles après la fin des rapports ? OUI (1) NON (2).....

Si OUI : veuillez préciser combien de temps elles persistent :

Minutes Heures Jours

Les douleurs limitent votre vie sexuelle ?

Pas d'influence (1)

Vous limitez volontairement le nombre de vos rapports en raison de ces douleurs (2)

Vous interrompez les rapports en raison de ces douleurs (3)

Vous n'acceptez pas toujours les rapports en raison de ces douleurs (4)

Vous n'acceptez plus du tout les rapports en raison de ces douleurs (5)

Vous avez des douleurs modérées, mais vous n'êtes pas obligée d'interrompre le rapport sexuel (6)

Vous avez des douleurs mais elles dépendent des positions:OUI (1) NON (2)

Si vous avez accouché au cours des 24 derniers mois, une épisiotomie a-t-elle été nécessaire?

OUI (1) NON (2) NA (3).....

Les douleurs se situent-elles au niveau de votre épisiotomie :

OUI (1) NON (2) NA (3).....

L'intensité de vos douleurs pendant les rapports a-t-elle évolué depuis votre intervention :

Moins intenses _ Même intensité _ Plus intenses...._

Cette modification est-elle consécutive :

- à votre intervention : OUI (1), NON (2)

- autre, précisez:

Questionnaire activité sexuelle (SAQ)

	OUI	NON
Etes vous mariée ou vivez-vous avec quelqu'un ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous changé de partenaire sexuel dans les derniers 6 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une activité sexuelle avec quelqu'un?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si NON :</i>		
Actuellement vous n'avez pas d'activité sexuelle parce que		
Je n'ai pas de partenaire en ce moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon partenaire est trop fatigué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sexe ne m'intéresse pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon partenaire n'est pas intéressé par le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un problème physique qui rend mes relations sexuelles difficiles et inconfortables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon partenaire a un problème physique qui lui rend les rapports sexuels désagréables et difficiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

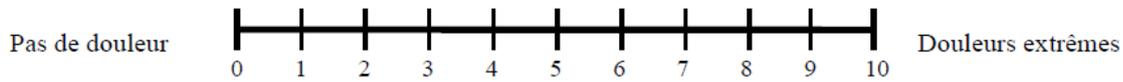
Au cours du dernier mois avant l'intervention et un éventuel traitement hormonal :

	Beaucoup	Suffisamment	Pas trop	Pas du tout
L'activité sexuelle a-t-elle représenté une part importante de votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été sexuellement satisfaite au cours de ce mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etiez vous en général trop fatiguée pour avoir des relations sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souhaité avoir des rapports avec votre ou vos partenaire(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant les rapports sexuels, quelle a été la fréquence de la sécheresse vaginale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur ou de la gêne pendant la pénétration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes vous en général sentie satisfaite par votre activité sexuelle au cours de ce mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois par mois avez-vous eu des rapports sexuels ?	5 fois ou plus <input type="checkbox"/>	3-4 fois <input type="checkbox"/>	1-2 fois <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/>
Quelle a été la fréquence des rapports par rapport à	Plus que d'habitude <input type="checkbox"/>	Presque plus <input type="checkbox"/>	Environ la même <input type="checkbox"/>	Moins que d'habitude <input type="checkbox"/>

• **Evaluation douleurs**

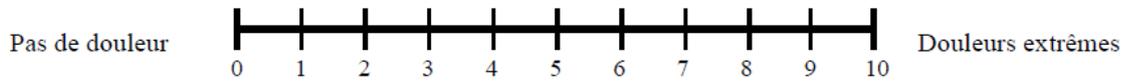
Estimez l'intensité de vos douleurs sur cette échelle de 0 à 10, en tirant un trait vertical au niveau du score qui vous semble correspondre à vos douleurs les plus intenses

SANS MEDICAMENT



Prenez-vous un médicament pour soulager les douleurs ? OUI (1) NON (2).....

AVEC MEDICAMENT



ITEMS PSYCHOLOGIQUES

Vos rapports sexuels sont-ils redevenus comme ils l'étaient avant l'Endométriose ? :

OUI (1), NON (2), NA (Pas de rapport, pas de conjoint) (3)

Quelle en est, en moyenne, la fréquence actuelle (par mois) ? (en clair)

Est-ce que l'expérience de l'Endométriose :

- contribue à rendre votre couple plus solide : OUI (1), NON (2), Pas de changement (3),

NA (Pas de rapport, pas de conjoint) (4)

- est à l'origine d'un éloignement ou d'une rupture **depuis** notre dernier contact : OUI (1), NON (2).....

- a été l'origine d'un éloignement ou d'une rupture **avant** notre dernier contact : OUI (1), NON (2).....

26. Dans quelle mesure votre maladie a-t-elle causé du tort à votre vie sexuelle ?

pour une très grande part pour une part importante un peu un tout petit peu pas du tout
 (0) (1) (2) (3) (4)

AUTEUR : SALOME David

Date de Soutenance : 27/03/2017

Titre de la Thèse : Impact de la chirurgie d'endométriose sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle - Etude de cohorte prospective multicentrique sur 5 ans de suivi

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Chirurgie gynécologique et Sexologie

DES + spécialités : Gynécologie Médicale

Mots-clés : Endométriose, Dyspareunie, Traitement chirurgical, Qualité de vie sexuelle

Résumé :

Contexte : L'endométriose est associée à une diminution de la qualité de vie et de la fonction sexuelle. Les dyspareunies liées à la pénétration profonde toucheraient plus de 50% des patientes endométriosiques au cours de leur vie. L'objectif de cette étude était d'évaluer, chez des patientes dyspareuniques opérées pour une endométriose, l'impact au long cours de la chirurgie sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle, jusqu'à 5 ans après la chirurgie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique sur 5 ans de suivi, incluant 433 patientes dyspareuniques opérées pour une endométriose depuis Juin 2009. L'évaluation de la dyspareunie et de la fonction sexuelle au cours du temps s'est faite par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire rempli par la patiente avant l'intervention et à 1 an, 3 ans et 5 ans de suivi après la chirurgie.

Résultats : Parmi les 433 patientes dyspareuniques opérées incluses, 358 ont pu bénéficier d'un suivi à 1 an, 215 d'un suivi à 3 ans et 88 d'un suivi à 5 ans. Après la chirurgie, on observait dans la population sexuellement active une persistance des dyspareunies chez 54.5% des patientes à 1 an (IC 95% (49.5-60.3)), 64.7% des patientes à 3 ans (IC 95% (58.1-71.3)) et 51.9% des patientes à 5 ans (IC 95% (40.8-63.1)). Plus la maladie était sévère selon la classification AFSr (American Fertility Society), plus la chirurgie permettait de réduire de façon significative le taux de patientes dyspareuniques à 1 an ($p < 0.01$). On retrouvait chez les patientes opérées une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie sans prise d'antalgique tout au long du suivi (-3.07 à 1 an, -2.41 à 3 ans, -3.15 à 5 ans, $p < 0.01$), et une baisse significative du tort causé par la maladie à la vie sexuelle durant tout le suivi (+0.65 à 1 an ($p < 0.01$), +0.71 à 3 ans ($p < 0.01$), +0.72 à 5 ans ($p = 0.01$)). Chez les patientes restées dyspareuniques après l'opération, on observait une baisse significative de l'intensité de la dyspareunie sans antalgique à 1 an (-0.95, $p < 0.01$) et 3 ans de suivi (-0.64, $p < 0.01$); une baisse significative de la persistance des douleurs après les RS à 1 an ($p < 0.01$) et 3 ans ($p = 0.04$) de suivi et une baisse significative de l'interruption des RS en raison des douleurs à 1 an ($p < 0.01$) et 3 ans de suivi. La qualité de vie sexuelle globale selon le score SAQ-F des patientes restées dyspareuniques ne s'améliorait pas de façon significative après chirurgie bien qu'une amélioration significative de la satisfaction sexuelle était observée à 1 an ($p = 0.01$).

Conclusion : La prise en charge chirurgicale de l'endométriose permet de faire disparaître les dyspareunies chez un peu moins de la moitié des patientes, avec un bénéfice persistant jusqu'à 5 ans de suivi. Le bénéfice sur la qualité de vie sexuelle apparaît plus nuancé car nécessitant une approche sexologique plus globale.

Composition du Jury :

Président :	Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY
Assesseurs :	Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD Monsieur le Professeur Pierre COLLINET
Directeur de Thèse :	Monsieur le Docteur Francis COLLIER