

Sexualité et pathologies fonctionnelles digestives

 **Pauline JOUËT**

 Hôpital Avicenne, service de Gastroentérologie, 125 rue de Stalingrad - 93000 BOBIGNY (France)
 pauline.jouet@aphp.fr

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître la fréquence des troubles sexuels dans les pathologies fonctionnelles digestives
- Connaître les spécificités en fonction des pathologies (syndrome de l'intestin irritable, constipation, incontinence anale...)
- Savoir évaluer le retentissement sur la qualité de vie
- Connaître les possibilités de prise en charge

LIEN D'INTÉRÊT

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec sa présentation.

MOTS-CLÉS

Dysfonction sexuelle ; Dysfonction des interactions cerveau-intestin ; Qualité de vie.

ABRÉVIATIONS

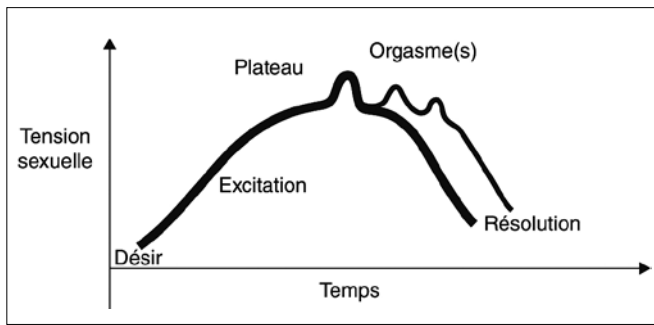
Syndrome de l'Intestin Irritable (SII) ;
 Dysfonction des interactions cerveau-intestin (DICI) ;
 Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale (MICI) ;
 International index of Erectile Function (IIEF) ;
 Female Sexual Function Index (FSFI) ;
 Inhibiteurs de la Phosphodiesterase de type 5 (IPDE-5).

Introduction

Les troubles fonctionnels digestifs correspondent à des pathologies digestives diverses ayant une physiopathologie en partie liée à une altération des interactions entre le cerveau et l'intestin et sont désormais appelés « dysfonctions des interactions cerveau-intestin » (DICI). Malgré leur nature bénigne, les symptômes digestifs peuvent être sévères et altérer gravement la qualité de vie des patients. Cette altération est plus marquée chez les patients présentant plusieurs DICI associées, ce qui concerne environ un tiers des patients (1). La sexualité constitue une dimension importante de la qualité de vie et du bien-être. Il s'agit d'un domaine complexe influencé par des problématiques organiques et psychologiques. Il n'y a pas de définition universelle de ce qu'est une fonction sexuelle normale, une dysfonction sexuelle étant déterminée par l'impression subjective de la personne d'avoir une vie sexuelle insatisfaisante. D'après l'Organisation Mondiale pour la Santé, la santé sexuelle « s'entend

comme un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres [...] ». Les dysfonctions sexuelles sont caractérisées par des perturbations du désir sexuel et des changements psycho-physiologiques associés au cycle de la réponse sexuelle représenté sur la figure 1. Leur prévalence en population générale est très variable selon les études, reflétant des différences dans la formulation des questions et la difficulté à classer les patients avec ou sans dysfonction (2). Dans une étude effectuée aux États-Unis chez 1 749 femmes et 1 410 hommes âgés de 18 à 59 ans, une dysfonction sexuelle était présente chez 43 % des femmes et 30 % des hommes (3). Moins de la moitié des personnes ayant des difficultés sexuelles cherchent de l'aide, plus souvent par internet pour les moins de 35 ans, alors que les personnes plus âgées en parlent plutôt à leur médecin (2).

Figure 1 : Cycle de la sexualité d'après le référentiel du collège d'urologie (6^e édition) - Chapitre 6, item 58. Association Française d'Urologie



<https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-6eme-edition/chapitre-6-item-58-sexualite-normale-et-ses-troubles/>

Les principales publications portant sur la sexualité en cas de pathologies digestives chroniques non cancéreuses concernent des patients ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI). Elles sont en faveur d'une augmentation du risque de dysfonction sexuelle chez ces patients, concernant 49 à 97 % des patients comparés à

19 à 28 % des sujets contrôles (4). Malgré cette prévalence élevée, ce sujet mal connu des gastroentérologues n'est le plus souvent pas abordé lors de la consultation.

Après avoir effectué un rappel sur les définitions des différentes dysfonctions sexuelles, sur les méthodes utilisées pour évaluer la sexualité et sur les principaux facteurs qui peuvent l'impacter, les données concernant la fréquence des troubles sexuels en cas de DICI seront détaillées avec leurs spécificités en fonction des pathologies (SII, constipation, incontinence anale...). Les principes généraux de la prise en charge des différentes dysfonctions sexuelles seront présentés.

Généralités sur la sexualité

La présence d'une dysfonction sexuelle peut affecter les hommes et les femmes de tout âge. En France, la définition des dysfonctions sexuelles chez l'homme et chez la femme repose sur des classifications internationales (DSM-5-TR et CIM 11) datant de 2022 (5), et sont présentées respectivement dans les tables 1 et 2. La dyspareunie, correspondant à des douleurs survenant pendant les rapports sexuels, plus

Table 1 : Définitions des principales dysfonctions sexuelles chez l'homme selon les classifications internationales (DSM5TR et CIM11)

Dysfonctions sexuelles chez l'homme	
Type	Symptômes
Trouble du désir sexuel hypoactif	Absence ou diminution persistante ou répétée du désir ou des fantasmes sexuels, avec une détresse notable, présente plusieurs mois, sans autre cause claire (médicale, relationnelle, traitement...).
Dysfonction érectile (trouble de l'excitation chez l'homme)	Incapacité durable à obtenir ou à maintenir une érection suffisante pour avoir un rapport satisfaisant, répétée pendant au moins 3 mois, non expliquée par une panne passagère.
Éjaculation précoce	Survenue de l'éjaculation avant ou dans la première minute après pénétration, de manière répétée, avec insatisfaction personnelle.
Anéjaculation/anorgasmie	Absence d'éjaculation ou d'orgasme malgré une stimulation et une excitation adaptées, entraînant une souffrance personnelle ou frustrante.
Hypogonadisme (ou andropause)	Syndrome clinique et biochimique apparaissant avec l'âge caractérisé par une dysfonction sexuelle (diminution de la libido et/ou de l'activité sexuelle, troubles de l'érection) et un déficit en taux de testostérone.

Table 2 : Définitions des principales dysfonctions sexuelles chez la femme selon les classifications internationales (DSM5TR et CIM11)

Dysfonctions sexuelles chez la femme	
Type	Symptômes
Symptômes présents > 75 % du temps et depuis > 6 mois, associés à un impact clinique significatif avec une souffrance personnelle ou interpersonnelle, non expliqués par un trouble mental non sexuel, par un problème relationnel, par la prise de toxique ou par une condition médicale associée.	
Troubles du désir ou de l'intérêt/excitation sexuelle	Diminution ou absence persistante ou récurrente du désir sexuel, accompagnée d'au moins trois des six critères: désintérêt, absence de fantasmes, peu d'initiatives, diminution d'excitation, faible réponse à des stimuli, peu d'intérêt érotique.
Troubles de l'orgasme	Absence, retard ou diminution marquée de l'orgasme malgré une excitation adéquate.
Douleurs génito- pelviennes / trouble de la pénétration	Inclut dyspareunie (douleur lors des rapports) et vaginisme (contraction réflexe empêchant la pénétration), associés à une peur ou à une anxiété avant ou pendant la pénétration.

Figure 2 : Facteurs pouvant influencer la sexualité



à parler à leur praticien de certains troubles, comme la présence d'une dysfonction érectile, dans plus de 2/3 des cas (9). Parmi les différents auto-questionnaires existants, le plus largement utilisé pour évaluer la sexualité masculine est l'International Index of Erectile Function (IIEF) (10) ; il a servi à l'évaluation des inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (IPDE-5) dans plus d'une centaine d'essais cliniques randomisés. Il comprend 15 questions qui recouvrent cinq domaines : l'érection (Q1-Q5, Q15), l'orgasme (Q9-10), le désir (Q11,12), la satisfaction vis-à-vis du rapport sexuel (Q6-Q8) et la satisfaction globale (Q13-14). Les réponses à chaque question correspondent à l'expérience du patient durant les quatre dernières semaines utilisant une échelle de Likert à cinq points (1-5), les scores les plus faibles indiquant une dysfonction sexuelle plus sévère. Pour les hommes ayant une relation stable avec une partenaire et ne rapportant aucune activité sexuelle, la valeur « 0 » est attribuée correspondant au degré le plus sévère de dysfonction. Le score de chaque domaine est obtenu en additionnant les scores de réponse à chaque question du domaine. Plus d'un tiers des questions de l'IIEF étant focalisées sur l'érection, ses capacités à évaluer le désir, l'orgasme et l'éjaculation sont limitées. Le Male Sexual Health Questionnaire comporte lui 25 questions explorant quatre domaines : l'érection (4 questions), l'éjaculation et l'orgasme (7 questions), la satisfaction (6 questions) de l'homme vis-à-vis de sa sexualité, l'activité et le désir sexuel (5 questions), avec une question supplémentaire évaluant pour chaque domaine la gêne occasionnée par l'existence éventuelle du trouble (11). Ce questionnaire plus long permet une évaluation des dysfonctions sexuelles masculines dans leur ensemble ainsi que la gêne provoquée par le trouble.

souvent décrite chez la femme, peut aussi être présente chez l'homme et correspond alors à l'apparition de douleurs du pénis, des testicules et /ou pelviennes lors de l'érection, de la pénétration et/ou de l'éjaculation.

Quatre grandes composantes peuvent impacter la sexualité (figure 2) : des facteurs en lien avec les relations interpersonnelles, des facteurs biomédicaux, des facteurs psychologiques et des facteurs sociaux correspondant à certaines normes ou contraintes en lien avec l'environnement. La plupart des maladies chroniques peuvent altérer directement ou indirectement la sexualité (6). L'étude de l'activité sexuelle est le plus souvent effectuée à l'aide d'auto-questionnaires validés qui permettent une évaluation standardisée de celle-ci. Ces questionnaires sont destinés à évaluer une sexualité classique et ne tiennent le plus souvent pas compte de l'orientation sexuelle ni de l'identité de genre et/ou sexuelle du patient. La présence d'une dysfonction sexuelle est associée à une augmentation des dépenses de santé pour la société et pour le patient (7,8).

Évaluation de la sexualité chez l'homme

L'évaluation de la fonction sexuelle masculine en pratique clinique est complexe, d'autant plus que les patients hésitent

Prévalence des dysfonctions sexuelles chez l'homme, causes et facteurs de risque

La dysfonction érectile est un trouble sexuel qui concerne le plus souvent les hommes âgés de plus de 40 ans. Dans une étude effectuée dans 4 pays sur 3 continents, la prévalence globale d'une dysfonction érectile modérée à sévère augmentait avec l'âge, allant de 9 % (groupe 40-44 ans), à 54 % (groupe 65-70 ans), et pouvait atteindre 73 % selon les modalités d'évaluation (12). La prévalence de l'éjaculation précoce varie en fonction de la définition utilisée : de

l'ordre de 25 à 30 % (13) avec des définitions non validées, elle serait en fait plutôt de l'ordre de 5 % si des définitions plus strictes sont utilisées (14). Les études ne distinguant en général pas les cas où elle est présente dès les premiers rapports sexuels de ceux où elle est apparue au cours du temps, l'impact de l'âge sur la présence d'une éjaculation précoce reste encore mal connu (15). L'hypogonadisme concerne en général des hommes âgés de plus de 40 ans. Sa prévalence dépend de l'âge des patients et des seuils de testostérone utilisés pour le diagnostic ; elle varie entre 2,1 et 5,7 % chez les hommes âgés de 40 à 79 ans (16). Les causes de dysfonctions sexuelles chez l'homme sont physiques, psychologiques ou une combinaison des deux. Une dysfonction érectile peut être une première manifestation d'une pathologie cardio-vasculaire : elle augmente le risque de futurs événements comme un infarctus du myocarde et un accident vasculaire cérébral et doit être considérée comme un potentiel signe d'alerte (16). Les facteurs pouvant impacter négativement la fonction érectile et le désir sont : des facteurs démographiques comme l'âge avancé, le revenu, l'éducation, le mode de vie (tabac, consommation d'alcool et/ou de drogues), le surpoids, le statut professionnel, les antécédents de traumatismes sexuels (3), certaines pathologies comme la neuropathie diabétique, l'hypertension artérielle et les traitements antihypertenseurs, le cancer de la prostate, l'incontinence urinaire, des séquelles de chirurgie, ou encore des troubles du sommeil comme le syndrome d'apnée du sommeil. Enfin les troubles psychiques et l'utilisation de traitements psychoactifs comme les antipsychotiques peut également altérer la fonction sexuelle masculine. L'éjaculation précoce peut être d'origine psychologique, favorisée par des pathologies organiques comme une prostatite chronique, certaines pathologies neurologiques (sclérose en plaques, atteintes médullaires, neuropathies périphériques...), une insuffisance rénale chronique, ou en rapport avec la prise de certains traitements ou drogues (amphétamines, cocaïne, traitements dopaminergiques...). Les causes d'hypogonadisme sont multiples, primaires lorsque l'atteinte est testiculaire ou secondaire en cas d'insuffisance de l'axe hypothalamo-hypophyséotesticulaire. La prévalence de la dyspareunie chez l'homme est de l'ordre de 0,3 à 1,3 %. De causes variées, elle peut être par exemple en rapport avec des lésions dermatologiques du prépuce, une maladie de Lapeyronie débutante, ou une pathologie infectieuse prostatique, des glandes sexuelles accessoires, ou testiculaire (17-19).

Évaluation de la sexualité chez la femme

La sexualité chez la femme est perçue comme plus complexe et plus difficile à évaluer, car moins stéréotypée que l'activité sexuelle masculine qui comporte des réponses physiologiques aisément mesurables et observables (érection, éjaculation). Sa physiologie est mal connue mais implique des facteurs hormonaux et le système nerveux central. Elle est influencée par les œstrogènes et la ménopause peut contribuer à l'apparition d'une dysfonction sexuelle, avec une diminution du désir et de l'excitation ainsi que des douleurs lors des rapports sexuels.

Un des auto-questionnaires les plus utilisés pour évaluer la fonction sexuelle chez la femme est le Female Sexual Function Index (FSFI) : il est constitué de 19 questions portant sur les 4 dernières semaines et concernant 6 domaines : désir (Q1, Q2), excitation (Q3-Q6), lubrification (Q7-Q10), orgasme (Q11-Q13), satisfaction (Q14-Q16), douleur (Q17-Q19). L'évaluation se fait avec une échelle de Likert à cinq points (1-5), avec pour certaines questions un score pouvant être à 0 en cas d'absence d'activité sexuelle. Un coefficient est appliqué à chaque domaine permettant de calculer le score total, le score maximal étant de 36, et 26,55 étant considérée comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle (10).

Prévalence des dysfonctions sexuelles chez la femme, causes et facteurs de risque

Chez la femme, la prévalence des dysfonctions sexuelles rapportée varie de 20 à 43 % (20). Dans une étude portant sur 31 581 femmes américaines âgées de plus de 18 ans, Shifren *et al* (21) ont trouvé une prévalence d'une dysfonction sexuelle associée à une détresse d'environ 12 %, plus élevée chez les femmes âgées de 45 à 64 ans (14,8 %) alors qu'elle était à 10,8 % entre 18 et 44 ans et à 8,9 % après 64 ans. Chez la femme en période de pré-ménopause, la prévalence des troubles sexuels est de l'ordre de 40 %. La table 3 résume les principales causes de dysfonctions sexuelles chez la femme. Le vaginisme est une contracture réflexe, involontaire des muscles autour du vagin qui entraîne une douleur majeure lors de la tentative de pénétration et, de ce fait, l'interdit. Il concernerait 1 à 2 % des femmes (22). La dyspareunie est une douleur pendant ou après les rapports sexuels : au moins 15 % des femmes en souffrent régulièrement. Les troubles du désir constituent un motif de consultation très fréquent et sont volontiers associés aux difficultés à accéder au plaisir, l'absence de désir entraînant souvent un défaut de lubrification et une altération de l'orgasme, à l'origine d'un cercle vicieux. Sa prévalence est très variable selon les études, variant de 7 % à 60 % (23). Les troubles de l'orgasme concernent 25 à 30 % des femmes (22). Il faut différencier les cas de femmes n'ayant jamais eu d'orgasme à celles pour qui il s'agit d'un événement acquis et distinguer une absence complète d'orgasme, d'orgasmes retardés ou moins intenses. Les facteurs psychologiques comme les troubles de l'humeur (dépression, anxiété), des mauvaises expériences sexuelles, des abus émotionnels, physiques ou sexuels pendant l'enfance ou l'adolescence, et/ou la perte précoce d'un proche, peuvent impacter négativement la sexualité féminine. Le contexte culturel et de la relation peuvent aussi avoir un rôle (3). D'autres facteurs ont aussi un impact négatif : les antécédents obstétricaux, des facteurs hormonaux comme une baisse importante des œstrogènes à la ménopause, une dysthyroïdie, ou une hyperprolactinémie, les pathologies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle ou l'hyperlipidémie (24), les effets secondaires des traitements comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et la dépendance à l'alcool (25).

Table 3 : Principales causes des dysfonctions sexuelles chez la femme

Symptômes	Etiologies
Vaginisme	Réponse physique à un état émotionnel
Dyspareunie superficielle	Anomalies congénitales Infections locales Cicatrice (épisiotomie) Atrophie post-ménopausique Etiologie psychosomatique
Dyspareunie profonde	Affection pelvienne (endométriose ...) Problème psychologique : inhibition, angoisse sexuelle, dysfonction relationnelle, dépression
Troubles du désir	Maladies chroniques Origine médicamenteuse (certains psychotropes hyperprolactinémiant, antiandrogènes, antidépresseurs...) Présence d'une infertilité Présence de symptômes associés à la ménopause Facteurs psychologiques, comportementaux, personnels et relationnels avec le partenaire

Prévalences des dysfonctions sexuelles en cas de DICI

Sexualité, SII et dyspepsie non ulcéreuse

Les études effectuées sur la sexualité chez des patients ayant une DICI sont très peu nombreuses et dans la majorité des cas utilisent au mieux des auto-questionnaires de qualité de vie comportant un nombre très limité de questions sur la sexualité. C'est le cas pour le Syndrome de l'Intestin Irritable (SII), les questionnaires de qualité de vie spécifiques les plus utilisés, l'IBS-QOL et l'IBS-36, n'ayant que 2 questions posées concernant la vie sexuelle sur les 34 et 36 questions respectivement (26-28). En 1987, l'équipe de Whorwell (29) a étudié à l'aide d'un auto-questionnaire spécifique la fonction sexuelle de 50 femmes ayant un SII comparées à 30 patientes ayant une MICI colique et à 30 patientes ayant une pathologie ulcéreuse duodénale active, parmi lesquelles 42, 27 et 25 respectivement étaient sexuellement actives. Une dysfonction sexuelle était présente chez 83 % des SII, 30 % des MICI et 16 % avec pathologie ulcéreuse duodénale active. Quand les patientes ayant des troubles psychiatriques étaient exclues, une dysfonction sexuelle était présente respectivement chez 77 %, 29 % et 14 % des patientes. Cette équipe a également rapporté une dyspareunie dans 42 % des cas dans une étude portant sur 100 patients (dont 90 femmes) (30). En 1998, une étude a comparé à l'aide d'auto-questionnaires la sexualité de patients ayant soit un SII selon les critères de Manning (n=266), soit une dyspepsie non ulcéreuse (n=85), soit les deux (n=157), à des individus sains (n=193), en soulignant que 71,9 % des patients avec une pathologie fonctionnelle étaient des femmes (31). Une dysfonction sexuelle était présente chez 43,3 % des patients sans différence entre les différents types de pathologies (respectivement 40,6 %, 38,8 %, et 50,3 %), et était significativement plus fréquente que chez les sujets contrôles après ajustement sur l'âge et le genre (odds ratio 4,33, Intervalle de confiance : 2,69-7,25 ; p<0,001). La présence d'une dysfonction sexuelle n'était pas différente entre les deux sexes (44,9 % pour les femmes et 39,5 % pour les hommes). Le symptôme le plus

souvent ressenti était une diminution du désir sexuel aussi bien chez les hommes (36,2 %) que chez les femmes (28,4 %) en cas de SII, du même ordre (33,3 %) en cas de dyspepsie non ulcéreuse. Une dyspareunie était rapportée par 16,4 % des femmes et 4 % des hommes avec SII (p<0,005), et 3,0 % des cas de dyspepsie. L'existence d'une dysfonction sexuelle était significativement plus souvent associée positivement à la présence de symptômes gastro-intestinaux sévères mais pas à la sévérité des troubles psychologiques. Ceci pourrait s'expliquer par une prévalence élevée des troubles psychologiques chez ces patients recrutés dans un centre tertiaire. Une dysfonction sexuelle était plus souvent présente en cas de SII associé à une constipation (49,4 %), qu'en cas de diarrhée prédominante (28,0 % ; p<0,05). Dans une enquête menée en 2016 auprès des membres de l'association des patients souffrant du SII effectuée en ligne et utilisant comme questionnaires l'IIEF et le FSFI, 257 personnes ayant les critères de Rome IV ont répondu dont 73,2 % de femmes âgées en moyenne de 46,3 ans (transit de type Diarrhée : 33,7 % - Constipation : 21,4 % - Mixte : 42,9 % ; Irritable Bowel Syndrome-Severity Scoring System moyen=340). Une dysfonction sexuelle était présente chez 67,5 % des femmes et chez 53,3 % des hommes, avec une dysfonction érectile moyennement sévère chez 38,3 % et sévère chez 20 % des participants. Dans cette étude, le score de sévérité du SII était corrélé chez l'homme au score de dysfonction érectile mais pas au score de dysfonction sexuelle chez la femme (32). En 2017, une étude destinée à évaluer la sexualité en cas de MICI a comparé 358 patients ayant une MICI (192 femmes), 107 ayant un SII (54 femmes) et 110 volontaires sains (54 femmes) en utilisant l'IIEF et le FSFI (33). Chez les femmes, une dysfonction sexuelle était présente chez 77,5 % en cas de SII, 53,6 % en cas de MICI et 28 % chez les volontaires saines, alors que les résultats chez les hommes étaient respectivement de 26,4 %, 16,9 % et 7,4 %. Une dysfonction érectile était rapportée chez 55 % des SII, 43 % des MICI, et 13 % des volontaires sains. Une étude effectuée chez 143 femmes polonaises ayant un SII avec l'aide du FSFI (âge moyen 27 ans, 29 % avec un SII sévère) a retrouvé une dysfonction sexuelle dans 48 % des cas, touchant tous les domaines de la sexualité, alors qu'elle était de 23 % pour les sujets contrôles. La prévalence de la dysfonction sexuelle

en cas de SII peut varier en fonction des critères de définition utilisés pour le SII et du type de patients recrutés. Dans une étude mexicaine comparant 51 femmes souffrant de SII (Rome IV) recrutées dans la population générale à 54 contrôles, une dysfonction sexuelle diagnostiquée à l'aide du FSFI était présente dans respectivement 39,22 % et 38,89 % des cas (34). Chez les patientes, la dysfonction sexuelle altérait la qualité de vie spécifique liée au SII mais aussi la qualité de vie générale. L'absence de différence avec les volontaires saines pourrait s'expliquer par des symptômes digestifs moins sévères, les patientes n'étant pas suivies dans des centres experts.

L'existence de troubles psychologiques plus souvent présents comme une dépression peuvent expliquer en partie la fréquence élevée de dysfonction sexuelle (35) : dans une étude portant sur 410 patients avec un SII de type diarrhéique, une dysfonction sexuelle était présente chez plus d'un tiers des patients, ceux ayant une dépression associée étant plus à risque d'avoir une dysfonction sexuelle que ceux n'étant pas déprimés (36). Ils présentaient plus souvent des troubles du sommeil, et avaient une plus grande utilisation du système de santé. Les antécédents d'abus et/ou de traumatisme, plus fréquents chez les patients souffrant de DICI, constituent aussi un facteur favorisant de dysfonctions sexuelles (37).

Dysfonction sexuelle et incontinence fécale

Dans une étude rétrospective portant sur des femmes suivies dans un centre uro-gynécologique, 588 avec incontinence fécale et 527 sans, la présence d'une incontinence fécale n'influait pas le fait d'être sexuellement actives mais était associée à un risque plus élevé de présenter pendant les rapports sexuels des douleurs, une incontinence urinaire, des émotions négatives et que leur peur d'avoir un épisode d'incontinence fécale ou urinaire pouvait les amener à restreindre leur activité sexuelle (38).

Dans une étude prospective norvégienne (39), 208 patients (87,3 % femmes) souffrant d'incontinence fécale ont complété la version norvégienne modifiée d'un auto-questionnaire de qualité de vie (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Bowel), comprenant 21 questions dont la suivante : « est ce que vous restreignez votre activité sexuelle du fait de vos troubles digestifs ? » : environ un tiers ne la restreignait pas ou que rarement (18,9 % jamais, 13,0 % rarement) et près d'un quart la restreignait la plupart du temps (18,9 %) ou toujours (15,1 %).

Dans une autre étude portant sur 2 269 femmes âgées de 40 à 80 ans, 24 % rapportaient des épisodes d'incontinence fécale et 43 % des épisodes d'incontinence aux gaz dans les 3 mois précédents (40). Environ 2/3 des patientes étaient sexuellement actives. En comparaison aux patientes n'ayant pas d'incontinence aux gaz ni aux selles, celles avec incontinence aux selles avaient un risque augmenté d'altération de leur vie sexuelle (baisse du désir sexuel, baisse de la satisfaction sexuelle, limitation de l'activité sexuelle du fait des problèmes de santé physique). De plus les femmes sexuellement actives avaient un risque plus important d'avoir une insuffisance de lubrification (Odds Ratio : 2,66 ; Intervalles de confiance : 1,76-4,00), des douleurs (Odds Ratio : 2,44 ; Intervalles de confiance : 1,52-3,91), et une difficulté à avoir des orgasmes (Odds Ratio : 1,68 ; Intervalles de confiance :

1,12-2,51). Les patientes ayant une incontinence aux gaz isolée ont rapporté un fonctionnement sexuel similaire à celles sans incontinence aux gaz et aux selles.

Dysfonction sexuelle et constipation chronique

Les quelques études portant sur la fonction sexuelle en cas de constipation chronique sont en faveur d'un lien entre la présence d'une constipation et celle d'une dysfonction sexuelle chez la femme et chez l'homme. Dans une étude brésilienne portant sur 195 femmes, une constipation était présente dans 35,4 % des cas, et était plus fréquente en cas de dysfonction sexuelle (41). Dans une étude asiatique portant sur 2 276 patients dont 1 143 hommes souffrant de troubles digestifs chroniques ayant répondu à une version simplifiée de l'IIEF, l'IIEF-5, une constipation chronique était présente chez 23,18 % d'entre eux et était associée à un risque plus élevé de dysfonction érectile (60,5 % des hommes avec constipation vs. 48,6 % de ceux sans, $P=0,0042$) (42).

Autres pathologies digestives

Bien que les études soient limitées, une dysfonction sexuelle a pu être mise en évidence dans une variété d'autres troubles digestifs fonctionnels, comme le reflux gastro-œsophagien avec une difficulté à avoir des orgasmes chez 21,7 % des patients (vs. 0 % chez les contrôles sains), et des rapports douloureux chez 14,4% vs 0% des contrôles sains (43). Une dysfonction sexuelle est plus fréquente en cas de douleurs abdominales fonctionnelles, de diarrhée et ballonnement, de globus, d'aérophagie et de douleurs thoraciques (44).

Facteurs de risque et mécanismes physiopathologiques pouvant expliquer la dysfonction sexuelle en cas de DICI

Les patients souffrant de DICI sont plus à risque de présenter un ou plusieurs facteurs pouvant impacter la fonction sexuelle (figure 2), comme la douleur chronique, le syndrome de fatigue chronique et les troubles du transit, ou encore une dysfonction du plancher pelvien fréquente en cas de SII, de constipation chronique fonctionnelle et d'incontinence anale. Les difficultés à contrôler l'émission de gaz rectaux et/ou de selles impérieuses pendant les relations sexuelles et l'utilisation de suppositoires et de lavements peuvent entraîner peur et embarras, avec le risque d'une réponse d'évitements des rapports sexuels rapportés par les patients pouvant impacter la sexualité. Cependant ces symptômes ne semblent pas expliquer à eux seuls une prévalence aussi élevée de dysfonction sexuelle. Dans l'étude de Guthrie *et al.* (29), les patients contrôlés souffrant de pathologie ulcéreuse duodénale active et de MICI avaient aussi des symptômes digestifs mais présentaient une dysfonction sexuelle significativement moins fréquente qu'en cas de SII. Ces différences restaient significatives si on excluait les patients avec des troubles psychiatriques. Des symptômes plus sévères pourraient expliquer ces différences, mais les résultats des études portant sur l'impact de la sévérité des symptômes digestifs sur la présence d'une dysfonction sexuelle sont contradictoires, certains trouvant une corrélation positive entre les deux et d'autre pas (31,33). La présence de symptômes extra-digestifs, comme des troubles urinaires (44) ou de comorbidités associées aux DICI comme la fibromyalgie, peut majorer l'impact des troubles digestifs sur la sexualité (45). Des antécédents de traumatismes sexuels et d'une dépression, qui

font partie des facteurs de risque de dysfonction sexuelle, ont une prévalence élevée en cas de DICI, pouvant concerner 40 % des patients souffrant de troubles digestifs bas (46). Dans l'étude de Dendrinis *et al.* (47) portant sur 97 patients (77 % de femmes) avec DICI suivis en psychiatrie (56 % avec SII, 18 % avec dyspepsie fonctionnelle), étaient fréquemment retrouvés un antécédent d'abus sexuel dans l'enfance (77 %), de traumatisme sexuel (26 %), une anxiété généralisée (51 %) et une dépression majeure (43 %). Des antécédents de troubles du comportement alimentaire, plus fréquents en cas de DICI et ayant également comme facteur favorisant les antécédents d'abus et/ou traumatisme, sont associés à un risque plus élevé de dysfonctions sexuelles (48,49). Les conséquences du stress chronique sur la fonction sexuelle sont controversées mais semblent plus en faveur d'un effet délétère sur celle-ci. Des facteurs culturels peuvent intervenir, les symptômes digestifs étant stigmatisés dans la plupart des sociétés. Les désirs et la fonction sexuelle du partenaire, ainsi que sa réaction face aux dysfonctions sexuelles de son partenaire malade, ont un rôle important dans l'expérience sexuelle du patient. Enfin sur le plan physiopathologique, une hyperalgésie viscérale pelvienne généralisée pourrait expliquer les cas de dyspareunie, les organes génitaux ayant la même innervation splanchnique afférente que le tube digestif bas. Par ailleurs certains évoquent le rôle éventuel d'une altération de l'activité cérébrale des zones impliquées dans la libido qui expliquerait la baisse de cette dernière.

Évaluation du retentissement des symptômes digestifs sur la sexualité et sur la qualité de vie

Malgré la prévalence élevée des troubles sexuels dans la population générale, un tiers des hommes et un quart des femmes ne font aucune démarche dans le but de résoudre leurs problèmes sexuels [Stratégie nationale de santé sexuelle. (<https://sante.gouv.fr>)]. Les professionnels de santé eux-mêmes sont souvent mal à l'aise pour en parler, ce sujet restant rarement abordé lors des consultations de gastroentérologie (50). Il n'y a pas d'études chez les patients ayant un SII mais les résultats d'une étude effectuée à propos de patients suivis pour une MICI sont éloquentes : alors que 70 % des gastroentérologues pensaient qu'ils devraient évoquer le sujet de la sexualité avec leurs patients, seulement 14 % le faisaient effectivement la plupart du temps ou de façon systématique, et 24 % considéraient leurs connaissances et prise en charge thérapeutique de la dysfonction sexuelle comme excellente ou très bonne (51). Les raisons évoquées étaient le manque de temps et de connaissances. D'autres facteurs pourraient avoir un rôle comme la crainte d'embarrasser le patient. Cependant, plus de 2/3 des patients se sentent à l'aise pour parler de leur sexualité avec leur gastroentérologue, mais attendent que ce dernier évoque en premier le sujet (52,53).

En consultation, l'évaluation de l'impact des symptômes digestifs sur la sexualité peut être effectuée à minima à l'aide d'auto-questionnaires de qualité de vie spécifiques au SII, comme l'IBS-36 (27) et le IBS-QOL (54) mais ne comportant chacun que 2 questions sur la fonction sexuelle, ou avec les questionnaires évaluant spécifiquement la fonction sexuelle, plus complexes à utiliser en pratique. Le modèle de PLISSIT est un outil aidant le soignant à aborder le sujet de la sexualité en consultation à la recherche d'une potentielle dysfonction afin de pouvoir orienter le patient vers une prise en charge

adaptée. La première étape (Permission) consiste à évoquer le sujet et à donner au patient la possibilité de parler de sa sexualité avec une attitude d'écoute et de compréhension. L'étape suivante (Information Limitée) consiste à donner des explications basiques sur, par exemple les facteurs psychosociaux dans la fonction sexuelle, et les effets des symptômes digestifs sur cette dernière. Lors de la 3^e étape (Suggestions Spécifiques), les informations et options thérapeutiques (traitement médicamenteux, consultation avec un sexologue...) sont adaptés au problème spécifique du patient. La dernière étape (Thérapie Intensive) concerne un moindre nombre de patients et implique une prise en charge spécialisée.

Quelles sont les possibilités de prise en charge des troubles sexuels en consultation ?

Il n'y a pas de recommandations spécifiques pour la prise en charge de la dysfonction sexuelle en cas de DICI, ces dernières ayant été peu étudiées. Il va de soi qu'une prise en charge active des symptômes digestifs est nécessaire. La prise en charge d'une dysfonction sexuelle doit être personnalisée et tenir compte des préoccupations et des souhaits du patient. Elle nécessite une écoute attentive, permettant au patient d'exprimer ses difficultés, et peut impliquer son partenaire. Une évaluation systématique des antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, des traitements médicamenteux, et de l'histoire sexuelle du patient (antécédents de traumatismes, d'abus sexuel...) est indispensable, ainsi qu'un examen clinique incluant un examen gynécologique. La prise en charge thérapeutique nécessite des actions sur le mode de vie, sur le traitement des comorbidités et des causes curables de dysfonction sexuelle, sur une prise en charge psychologique et sur des traitements médicamenteux de la dysfonction sexuelle. Une attention particulière doit être portée sur les facteurs favorisant potentiellement modifiables, comme le traitement de troubles de l'humeur. Une modification des traitements médicamenteux susceptibles d'avoir des effets indésirables sexuels, le plus souvent les antidépresseurs et les traitements antihypertenseurs, doit être discutée. Une consultation avec un urologue ou un gynécologue est souvent nécessaire afin d'avoir une évaluation plus globale de tous les facteurs contribuant aux symptômes. Le traitement d'une dysfonction sexuelle peut nécessiter une équipe multidisciplinaire, comprenant des conseillers sexuels, des spécialistes de la douleur, des psychothérapeutes et /ou des kinésithérapeutes.

Prise en charge psychologique

Une approche psychologique classique vise à améliorer le vécu de la sexualité et aide à diminuer l'anxiété en rapport avec cette dernière : le principal but est d'agir sur la fonction et le bien-être sexuel et repose principalement sur des discussions répétées avec le patient. Elle permet d'évaluer les facteurs biopsychosociaux qui peuvent contribuer à la dysfonction sexuelle, en particulier les facteurs psychologiques passés et présents, socioculturels, et interpersonnels, et d'agir sur eux. La durée de la prise en charge varie d'interventions brèves à une prise en charge plus prolongée si nécessaire, elle peut être réalisée avec le patient seul ou en

couple, et repose en grande partie sur de la psychoéducation. Cette dernière, élément clef de la prise en charge, corrige les fausses croyances et apporte des informations sur l'anatomie féminine et masculine, sur le fonctionnement sexuel, et sur les facteurs pouvant l'influencer (4). Les techniques utilisées en thérapie sexuelle et les modalités de traitement sont variées. Elles incluent des thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies psychodynamiques et plus récemment de la méditation en pleine conscience. Le choix va dépendre de la formation du thérapeute. Une prise en charge spécifique de problèmes associés comme un stress post traumatique ou une addiction peut être utile. Une étude effectuée chez 175 patientes souffrant de SII, dont 51 % (n=89) présentaient une dysfonction sexuelle, a évalué l'effet de la mise en place d'un programme d'autogestion du patient correspondant à une intervention par une infirmière incluant de l'éducation thérapeutique, des conseils diététiques, de la relaxation et des techniques de thérapie cognitivo-comportementale. Au décours de ce programme, l'amélioration de la qualité de vie sexuelle était plus importante qu'avec la prise en charge usuelle (55). L'hypnothérapie, indiquée dans la prise en charge des symptômes digestifs du SII, peut aussi permettre d'améliorer la qualité de vie sexuelle des patients (56).

Prise en charge des dysfonctions sexuelles chez l'homme

Des recommandations ont été publiées par l'association européenne d'urologie pour la prise en charge des dysfonctions sexuelles chez l'homme en 2021 (16), et par l'Association Française d'Urologie et l'Association Interdisciplinaire post-universitaire de sexologie pour la prise en charge thérapeutique de la dysfonction érectile en 2025 (57). Cette dernière doit être personnalisée. L'arrêt du tabac, la prise en charge d'une consommation d'alcool excessive et de ses éventuelles conséquences hépatiques, la pratique d'une activité physique régulière, une alimentation de type méditerranéenne, et l'arrêt du cannabis peuvent permettre d'améliorer la fonction érectile. Les troubles du sommeil doivent être dépistés et pris en charge. Un meilleur contrôle de la glycémie en cas de diabète et une perte de poids en cas d'obésité peuvent améliorer la fonction érectile. En cas de syndrome d'apnée du sommeil, son traitement doit être optimisé. Une adaptation du traitement antihypertenseur peut être utile, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et le nebivolol étant ceux les moins à risque de causer une dysfonction. Lorsqu'on suspecte le rôle d'un antidépresseur, une modification de traitement doit être discutée avec le prescripteur.

Le traitement médicamenteux de 1^{re} intention de la dysfonction érectile repose le plus souvent sur les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE-5) (comme le sildenafil, tadalafil ou le vardenafil) à dose progressive. Une consultation cardiologique préalable est nécessaire en cas de facteurs de risque cardiovasculaire. Ils ne doivent pas être associés à des dérivés nitrés (ex. trinitrine, poppers) du fait du risque de chute brutale de la tension artérielle. En cas de dysfonction érectile sévère, une association d'IPDE-5 peut être proposée. Une attention particulière doit être portée au risque de mésusage de ce type de traitements pouvant concerner jusqu'à un patient sur trois, avec la prise de traitement prescrit pour quelqu'un d'autre ou acheté sans prescription, pouvant exposer les patients à des complications (58). Des injections intra-caverneuses ou intra-urétrales d'alprostadil, une pros-

Figure 3 : Exemple de pompe à pénis permettant d'obtenir une érection



taglandine E1 ayant une action vasodilatatrice, peuvent être proposées comme alternative de première ligne aux IPDE-5 ou en deuxième intention. La voie intra-caverneuse est plus efficace mais expose au risque de priapisme. En cas de réponse insatisfaisante, un IPDE-5 peut être associé à l'alprostadil. Le traitement par vacuum peut être proposé à tous les patients, à l'aide d'une pompe à pénis (figure 3) : elle permet d'augmenter la circulation de sang au niveau des corps caverneux et d'obtenir une érection. La thérapie par ondes de choc extra-corporelles de faible intensité pourrait avoir un effet sur la dysfonction érectile, *via* une action sur la circulation sanguine dans le pénis. Elle peut être proposée en cas de dysfonction érectile légère ou modérée, seule ou en association avec un IPDE5. Les implants pénien sont indiqués pour les patients souffrant de dysfonction érectile qui sont réfractaires ou intolérants aux traitements pharmacologiques ou mécaniques ou qui souhaitent une solution permanente. Plus de 80 % des patients sont satisfaits avec ce type de traitement. Certaines explications sont importantes à donner au patient comme des informations sur la physiologie de l'érection, l'impact de l'anxiété sur la fonction érectile, le mode d'action des IPDE-5, sur le lien entre la fonction érectile et les pathologies cardio-vasculaires, et sur les modalités d'utilisation des injections intra-caverneuses et intra-urétrales.

L'éjaculation précoce peut être traitée à l'aide de psychotropes, comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

En cas d'hypogonadisme, une supplémentation par testostérone peut être proposée.

Prise en charge des dysfonctions sexuelles chez la femme

Des recommandations sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles chez la femme ont été publiées par l'American College of Obstetricians and Gynecologists Committee en 2019 (59), ainsi qu'une synthèse sur ses modalités de prise en charge en 2024 (2). Il est important d'avoir une évaluation initiale de tous les antécédents médico-chirurgicaux, en particulier gynéco-obstétricaux, de maladies sexuellement transmissibles, d'abus sexuels, et de signes urinaires éventuels associés. En cas de dyspareunie, un examen gynécologique doit être effectué à la recherche de lésions superficielles ou profondes pouvant être traitées. L'examen du pelvis

recherche une hypertonie musculaire. La prise en charge va être basée sur les causes de la dysfonction sexuelle. La prise en charge des facteurs favorisants peut être utile, comme un traitement optimisé du diabète, une perte de poids en cas d'obésité ou la prise en charge d'une dépendance à l'alcool.

L'utilisation de produits d'hygiène irritants comme le savon au niveau de la région périnéale est déconseillée. En cas de sécheresse vaginale, des produits lubrifiants peuvent être utilisés ainsi que de faibles doses d'œstrogènes vaginaux utiles chez la femme ménopausée. Les douleurs génito-pelviennes et les troubles de la pénétration en rapport avec une hypertonicité du plancher pelvien peuvent être améliorés par une kinésithérapie du plancher pelvien consistant à apprendre à détendre le plancher pelvien et à diminuer le réflexe de contraction. Des traitements par dilatations vaginales progressives peuvent être efficaces. En cas de dyspareunies réfractaires aux traitements classiques, peuvent être proposées des injections associant des analgésiques comme la lidocaïne sur la zone déclenchant les douleurs, administrées par voie externe ou transvaginales, des benzodiazépines orales ou par voie intravaginale, voire parfois des injections de toxine botulique (60). En 2020, la FDA a approuvé l'utilisation du système EROS Clitoris Therapy Device (NuGyn, Inc. Minnesota, USA) (figure 4), un appareil utilisable à domicile destiné au traitement des troubles de l'excitation sexuelle féminine en cas de diminution de la sensation, de la lubrification et de la capacité à atteindre l'orgasme. Il permet une aspiration du clitoris avec des vibrations. Il renforce le flux sanguin dans les parties génitales en réalisant une succion douce du clitoris, provoquant un engorgement qui pourrait améliorer les sensations, la lubrification, l'orgasme, et la satisfaction. Il peut être commandé en ligne.

Dans le cas particulier des patients souffrant de DICI, si l'impact direct de la constipation chronique sur la sexualité n'est pas clairement démontré, des études effectuées chez la femme suggèrent que le traitement de la constipation chronique par biofeedback pourrait agir non seulement sur la constipation, mais aussi sur certaines fonctions sexuelles comme la lubrification (61). Cet effet pourrait aussi être lié au renforcement des muscles du plancher pelvien impliqués également dans l'activité sexuelle, diminuant ainsi les douleurs pendant les rapports sexuels.

Figure 4 : Système EROS Clitoris Therapy Device (NuGyn, Inc. Minnesota, USA) approuvé par la FDA pour le traitement de la dysfonction sexuelle féminine



Prise en charge dans les communautés non binaires

Dans une étude mexicaine, les personnes appartenant à des minorités sexuelles et de genre (lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres, queer...) n'étaient pas plus à risque d'avoir un SII que les participants cisgenres hétérosexuels, mais avaient des symptômes plus sévères et un score d'anxiété plus élevé (62). Ces personnes sont plus à risque de présenter une dysfonction sexuelle en cas de symptômes digestifs, avec plus de risque d'anxiété et de dépression, d'absence de soutien social, de stress, de stigmatisation, et d'antécédents de traumatismes et d'abus sexuels. Les patients non binaires et transgenres sont également plus à risque d'être discriminés par les professionnels de santé. Il est essentiel de fournir au patient des informations sur la santé sexuelle quel que soit l'âge, la perception de l'état de santé du patient, son orientation sexuelle et son genre. La consultation de gastroentérologie devrait être pour le patient un environnement sécurisant lui permettant de communiquer sur le sujet.

Conclusion

Les troubles sexuels sont très souvent présents en cas de dysfonctions des interactions cerveau intestin, que les symptômes touchent le tube digestif haut ou bas, et peuvent impacter sévèrement la qualité de vie. La majorité des études sur la sexualité en cas de pathologies digestives chroniques ayant porté sur des patients ayant une MICI, des études complémentaires sont nécessaires chez les patients souffrant de DICI afin de mieux documenter la prévalence des troubles sexuels chez ces patients, d'en évaluer les causes ainsi que l'efficacité des différentes prises en charge possibles. Connaître les problèmes sexuels les plus fréquents en cas de DICI, les facteurs biopsychosociaux y contribuant, leurs modalités d'évaluation et de traitement, est une condition préalable indispensable pour permettre d'aborder le sujet lors de la consultation de gastroentérologie. Ces échanges peuvent permettre de poser le diagnostic de dysfonction sexuelle et d'orienter le patient vers une prise en charge adaptée.

Références

1. Fairlie T, Shah A, Talley NJ, Chey WD, Koloski N, Yeh Lee Y, *et al*. Overlap of disorders of gut-brain interaction: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. juill 2023;8(7):646-59.
2. Davis SR. Sexual Dysfunction in Women. *N Engl J Med*. 2024;391(8):736-45.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 10 févr 1999;281(6):537-44.
4. Bedell A, Friedlander A. Management of Sexual Dysfunction in Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterol Clin North Am*. déc 2022;51(4):815-28.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing; 2022 [cité 10 oct 2025]. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>

6. Verschuren JEA, Enzlin P, Dijkstra PU, Geertzen JHB, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *J Sex Res.* mars 2010;47(2):153-70.
7. Smith AB, Fawkes N, Khammo N, Hood S. The Humanistic and Economic Impact of Vaginal Dryness in Premenopausal, Perimenopausal, and Postmenopausal Women. *J Womens Health (Larchmt).* nov 2020;29(11):1457-63.
8. Nguyen V, McGovern AM, Rojanasaro S, Patel DP, Bhattacharyya S, Hargens LM, *et al.* Patient out-of-pocket costs for guideline-recommended treatments for erectile dysfunction: a medicare cost modeling analysis. *Int J Impot Res.* janv 2025;37(1):45-50.
9. Puigvert-Martínez AM, Prieto-Castro R, Artigas-Feliu R, Illán-Mateo P, Cruz-Culebra N, González-Ayala G, *et al.* An observational, national and multicentric study to describe the detection, diagnosis and treatment of erectile dysfunction and premature ejaculation from the patient's perspective. *Rev Int Androl.* 2023;21(2):100330.
10. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* juin 1997;49(6):822-30.
11. Rosen RC, Catania J, Pollack L, Althof S, O'Leary M, Seftel AD. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): Scale development and psychometric validation. *Urology.* oct 2004;64(4):777-82.
12. Nicolosi A, Moreira ED, Shirai M, Bin Mohd Tambi MI, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology.* janv 2003;61(1):201-6.
13. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking. *European Urology.* mars 2007;51(3):816-24.
14. Gul M, Bocu K, Serefoglu EC. Current and emerging treatment options for premature ejaculation. *Nat Rev Urol.* nov 2022;19(11):659-80.
15. Rowland DL, Kivi Z, Hevesi K. Age-related differences in the prevalence of premature ejaculation: taking a second and more detailed look. *Sexual Medicine.* 13 août 2024;12(4):qfae057.
16. Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, *et al.* European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health—2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *European Urology.* sept 2021;80(3):333-57.
17. Monforte M, Mimoun S, Droupy S. [Sexual pain disorders in females and males]. *Prog Urol.* juill 2013;23(9):761-70.
18. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, *et al.* Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17(1):39-57.
19. Luzzi GA, Law LA. The male sexual pain syndromes. *Int J STD AIDS.* nov 2006;17(11):720-6; quiz 726.
20. Dawson ML, Shah NM, Rinko RC, Veselis C, Whitmore KE. The evaluation and management of female sexual dysfunction. *J Fam Pract.* déc 2017;66(12):722-8.
21. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* nov 2008;112(5):970-8.
22. Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ? *Progrès en Urologie.* juill 2013;23(9):612-20.
23. Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. *Progrès en Urologie.* juill 2013;23(9):562-74.
24. Krakowsky Y, Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Can Urol Assoc J.* juin 2018;12(6):211-6.
25. Salari N, Hasheminezhad R, Almasi A, Hemmati M, Shohaimi S, Akbari H, *et al.* The risk of sexual dysfunction associated with alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health.* 2 mai 2023;23(1):213.
26. Sørensen J, Schantz Laursen B, Drewes AM, Krarup AL. The Incidence of Sexual Dysfunction in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Sex Med.* déc 2019;7(4):371-83.
27. Groll D, Vanner SJ, Depew WT, DaCosta LR, Simon JB, Groll A, *et al.* The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* avr 2002;97(4):962-71.
28. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci.* févr 1998;43(2):400-11.
29. Guthrie E, Creed FH, Whorwell PJ. Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *Br Med J (Clin Res Ed).* 5 sept 1987;295(6598):577-8.
30. Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, Roberts CT. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut.* janv 1986;27(1):37-40.
31. Fass R, Fullerton S, Naliboff B, Hirsh T, Mayer EA. Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia. *Digestion.* 1998;59(1):79-85.
32. Sabate JM. Dysfonction sexuelle et impact du syndrome de l'intestin irritable chez les patients et les conjoints. *JFHOD.* 2018;
33. Rivière P, Zallot C, Desobry P, Sabaté JM, Vergniol J, Zerbib F, *et al.* Frequency of and Factors Associated With Sexual Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis.* 27 oct 2017;11(11):1347-52.
34. Camacho S, Díaz A, Pérez P, Batalla H, Flores Y, Altamirano E, *et al.* Sexual dysfunction worsens both the general and specific quality of life of women with irritable bowel syndrome. A cross-sectional study. *BMC Womens Health.* 27 mars 2023;23(1):134.
35. Keshavarzi A, Talebi SS, Ahmadpanah M, Soltanian A, Torkashvand S. Sexual function, depression, and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *BMC Gastroenterol.* 7 juill 2025;25(1):504.
36. Lu J, Shi L, Huang D, Fan W, Li X, Zhu L, *et al.* Depression and Structural Factors Are Associated With Symptoms in Patients of Irritable Bowel Syndrome With Diarrhea. *J Neurogastroenterol Motil.* 30 sept 2020;26(4):505-13.
37. Zia JK, Lenhart A, Yang PL, Heitkemper MM, Baker J, Keefer L, *et al.* Risk Factors for Abdominal Pain-Related Disorders of Gut-Brain Interaction in Adults and Children: A Systematic Review. *Gastroenterology.* oct 2022;163(4):995-1023.e3.
38. Cichowski SB, Komesu YM, Dunivan GC, Rogers RG. The association between fecal incontinence and sexual activity and function in women attending a tertiary referral center. *Int Urogynecol J.* sept 2013;24(9):1489-94.
39. Saga S, Follestad T, Blekken LE. The impact of anal incontinence: psychosocial and sexual consequences and factors associated with QoL in a Norwegian outpatient population. *Scand J Gastroenterol.* oct 2024;59(10):1151-8.
40. Imhoff LR, Brown JS, Creasman JM, Subak LL, Van den Eeden SK, Thom DH, *et al.* Fecal incontinence decreases sexual quality of life, but does not prevent sexual activity in women. *Dis Colon Rectum.* oct 2012;55(10):1059-65.
41. Dantas AAG, Barbosa IR, Castro SS de, Ferreira CWS, Camara SMA da, Dantas D de S. Prevalence and factors associated with constipation in premenopausal women: a community based study. *Arq Gastroenterol.* 2020;57(2):188-92.
42. Gwee KA, Siah KTH, Wong RK, Wee S, Wong ML, Png DJC. Prevalence of disturbed bowel functions and its association with disturbed bladder and sexual functions in the male population. *J Gastroenterol Hepatol.* nov 2012;27(11):1738-44.

43. Iovino P, Pascariello A, Limongelli P, Tremolaterra F, Consalvo D, Sabbatini F, *et al.* The prevalence of sexual behavior disorders in patients with treated and untreated gastroesophageal reflux disease. *Surg Endosc.* juill 2007;21(7):1104-10.
44. Bouchoucha M, Devroede G, Mary F, Bon C, Bejou B, Benamouzig R. Both men and women with functional gastrointestinal disorders suffer from a high incidence of sexual dysfunction. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* déc 2017;41(6):e93-6.
45. Leemans C, Van den Broucke S, Jeitani C. Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Non-Genital Physical Disease: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health.* 24 janv 2025;22(2):157.
46. Leroi AM, Bernier C, Watier A, Hémond M, Goupil G, Black R, *et al.* Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int J Colorectal Dis.* 1995;10(4):200-6.
47. Dendrinis E, Kim H, Hubik D, Green J, Yang L, Stanley A, *et al.* Clinical outcomes of patients seen by psychiatrists in a multidisciplinary clinic for disorders of gut-brain interaction. *Intern Med J.* 27 juin 2025;
48. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, National Eating Disorder Research Consortium, *et al.* Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord.* 17 janv 2023;11(1):8.
49. Hess T, Špacírová Z. Sexual Dysfunction in Women With Eating Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev.* sept 2025;33(5):879-94.
50. Hacker KS, Bedell A. Reproductive and sexual health concerns in gastrointestinal illness: a narrative review. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2025;10:15.
51. Christensen B, Prentice RE, Al-Ani AH, Zhang E, Bedell A, Rubin DT. Self-Reported Failure to Address Sexual Function in Patients With Inflammatory Bowel Disease by Gastroenterologists: Barriers and Areas for Improvement. *Inflamm Bowel Dis.* 1 sept 2022;28(9):1465-8.
52. O'Toole A, de Silva PS, Marc LG, Ulysse CA, Testa MA, Ting A, *et al.* Sexual Dysfunction in Men With Inflammatory Bowel Disease: A New IBD-Specific Scale. *Inflamm Bowel Dis.* 18 janv 2018;24(2):310-6.
53. de Silva PS, O'Toole A, Marc LG, Ulysse CA, Testa MA, Julsgaard M, *et al.* Development of a Sexual Dysfunction Scale for Women With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 12 oct 2018;24(11):2350-9.
54. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, *et al.* Further validation of the IBS-QOL: a disease-specific quality-of-life questionnaire. *Am J Gastroenterol.* avr 2000;95(4):999-1007.
55. Eugenio MD, Jun SE, Cain KC, Jarrett ME, Heitkemper MM. Comprehensive self-management reduces the negative impact of irritable bowel syndrome symptoms on sexual functioning. *Dig Dis Sci.* juin 2012;57(6):1636-46.
56. Lindfors P, Ljótsson B, Björnsson E, Abrahamsson H, Simrén M. Patient satisfaction after gut-directed hypnotherapy in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* févr 2013;25(2):169-e86.
57. Huyghe E, Kassab D, Graziana JP, Faix A, Grellet L, Schoentgen N, *et al.* Therapeutic management of erectile dysfunction: The AFU/SFMS guidelines. *Fr J Urol.* avr 2025;35(3):102842.
58. Calzo JP, Austin SB, Charlton BM, Missmer SA, Kathrins M, Gaskins AJ, *et al.* Erectile Dysfunction in a Sample of Sexually Active Young Adult Men from a U.S. Cohort: Demographic, Metabolic and Mental Health Correlates. *J Urol.* févr 2021;205(2):539-44.
59. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstetrics & Gynecology.* juill 2019;134(1):e1-18.
60. Gari R, Alyafi M, Gadi RU, Gadi SU. Use of Botulinum Toxin (Botox®) in Cases of Refractory Pelvic Floor Muscle Dysfunction. *Sex Med Rev.* janv 2022;10(1):155-61.
61. Wang R, Xia M, Gao Z, Yu X, Guo A. Efficacy of Biofeedback Therapy on Chronic Constipation and Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Neurogastroenterol Motil.* 20 mai 2025;e70084.
62. Reyes-Díaz SA, Priego-Parra BA, Ordaz-Alvarez HR, Núñez-Jiménez EL, Dorantes-Nava CL, Higuera-de la Tijera F, *et al.* Unequal Burdens: Irritable Bowel Syndrome in Sexual and Gender Minority Communities vs Cisgender Heterosexual Individuals. *Clin Transl Gastroenterol.* 1 sept 2025;16(9):e00883.

5

Les cinq points forts

- Des troubles sexuels pouvant impacter la qualité de vie sont très souvent présents en cas de dysfonction des interactions cerveau-intestin.
- En cas de syndrome de l'intestin irritable, une dysfonction sexuelle est présente chez 2 femmes sur 3 et plus d'un homme sur deux souffre d'une dysfonction érectile.
- Si plus de 2/3 des patients se sentent à l'aise pour parler de leur sexualité avec leur gastroentérologue, ils attendent souvent que ce dernier évoque en premier le sujet.
- Les auto-questionnaires les plus utilisés pour rechercher une dysfonction sexuelle sont l'International index of Erectile Function pour l'homme et le Female Sexual Function Index pour la femme.
- La prise en charge d'une dysfonction sexuelle inclut des modifications du mode de vie, le traitement des comorbidités, une adaptation des traitements médicamenteux et une psychoéducation sexuelle.