



**HAL**  
open science

# Évaluation de la gêne sexuelle des patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par mise en place d'une bandelette sous-urétrale

Marie Bugnon

## ► To cite this version:

Marie Bugnon. Évaluation de la gêne sexuelle des patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par mise en place d'une bandelette sous-urétrale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03429621

**HAL Id: dumas-03429621**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429621v1>**

Submitted on 15 Nov 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2021

ÉVALUATION DE LA GÊNE SEXUELLE DES PATIENTES AYANT BÉNÉFICIÉ  
D'UNE CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PAR MISE EN  
PLACE D'UNE BANDELETTE SOUS-URÉTRALE

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ :

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Par Mme Marie BUGNON

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 10/11/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Didier RIETHMULLER

Membres :

Mme le Docteur Cécilia RICARD (directrice de thèse)

Mme le Professeur Pascale HOFFMANN

Mme le Docteur Caroline THUILLIER

M. le Professeur Renaud de TAYRAC

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

**ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Héléne	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWABEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers  
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers  
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale  
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale  
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine  
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale  
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

## REMERCIEMENTS

*À mon jury*

Au Professeur RIETHMULLER,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Vous m'avez énormément appris, vos enseignements sont marquants, qu'ils aient lieu en cours, en staff ou auprès des patientes en garde. Vous possédez une vision de notre métier que j'admire.

Au Docteur Cécilia RICARD,

Tu me fais l'honneur de diriger ce travail. Tu as toujours été et resteras un modèle. Je ne compte plus les heures de gardes passées ensemble, à accompagner les patientes lors des accouchements les plus dystociques ou à remplir nos estomacs trop fragiles pour les plateaux de l'hôpital. Merci pour ta patience, ta disponibilité, ta bienveillance, ta confiance en nous (internes), ton calme, même dans les situations les plus délicates.

Au Professeur Pascale HOFFMANN,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. J'admire votre engagement pour la santé des femmes. Merci de m'avoir fait choisir Grenoble pour mon internat car j'y ai été, je pense, très bien formée.

Au Professeur de TAYRAC,

Vous avez été à l'initiative de ce projet de thèse. Merci pour votre disponibilité et votre pédagogie. J'ai énormément de respect à l'égard de votre travail.

Au Docteur Caroline THUILLIER,

Merci pour tout ce que tu m'as appris au bloc. Ta maîtrise chirurgicale est admirable, c'est un honneur et une chance d'avoir pu opérer à tes cotés. J'ai profondément adoré ce semestre en urologie.



## *A ma famille*

A mes parents,

Merci de m'avoir soutenue depuis le début de ces études, et même avant. Je ne serais pas là où j'en suis, sans vous. Maman, tu m'as transmis ton sourire, ton rire, ta bonne humeur, ton amour du milieu aquatique. Merci pour ton écoute et tes encouragements permanents. Papa, tu m'as transmis ton goût de l'effort au travail et en sport, l'amour de la montagne et des cols à 10 %. Je tiens de toi ma curiosité, mon rationalisme et l'envie de comprendre et de découvrir le monde.

A mon frère Paul,

Pour la simplicité et la tranquillité qui te caractérisent. Tu es le plus gentil et à priori le plus beau gosse des petits frères que l'on puisse avoir.

A ma grand-mère, Nanie

Merci pour toutes les belles choses de la vie que tu m'as fait découvrir. Merci pour ta cuisine réconfortante et inoubliable. Tu possèdes une énergie et un dévouement que j'admire.

A mes oncles et tantes,

À Béa et Olivier pour tout ce que vous avez fait pour moi, depuis toute petite. Tata un merci particulier pour tes corrections orthographiques qui n'ont pas servi seulement pour cette thèse. À Marc et Pierre car c'est toujours un plaisir de partager des moments ensemble. A François et Cathy, que je ne vois que trop peu.

A mes cousins et cousines,

Tom, Fleur, Yann, Sam, Sophie, Lorenzo, Alessandro, Claire, Ulrich, Arwen, Guillaume, Anthony, Victoria, Alexandre et Mari, Mathieu et Kasumi, Romain et Nathalie, Julia, Charlotte, Vincent, Lina, Juolin et tous les cousins Manoton... merci pour tous les bons moments partagés, jusqu'au bout de la nuit, de l'Europe et de l'Asie. Une pensée particulière à mes filleules Léa et Éléa avec qui j'aimerais passer plus de temps.

A ma belle-famille, merci de m'accueillir à bras ouverts à chacune de nos retrouvailles.

A Pépette, la plus belle.

*Aux médecins qui m'ont formée,*

A l'équipe de Gynécologie-obstétrique de Chambéry, qui m'ont connue toute jeune puis en 6<sup>ème</sup> semestre :

Dr Deyrolle merci pour votre rigueur, Dr Decroisette pour votre pédagogie, Dr Dubois pour tout ce que vous m'avez transmis en échographie, Dr Moinon pour ma première ventouse et ma première hystérectomie coelioscopique, Dr Haller pour ta gentillesse, Dr Lebrun Keriss, Dr Chevillot, Dr Cabaud, Dr Mirouse, Dr Truong.

A l'équipe de Gynécologie-obstétrique du CHU de Grenoble :

Dr Coston car on sait qu'avec toi on va réviser l'obstétrique toute la nuit, Dr Philippe pour tes talents de chirurgienne, Dr Equy, Dr Thong Van, Dr Istasse pour cette vidéo incroyable créée ensemble, Dr Guigue pour ta classe, Dr Michy, Dr Dunand, Dr Gueniffey.

A l'équipe de chirurgie digestive du CH de Chambéry :

Dr Waroquet pour ta logique implacable, Dr Demmane pour ta bonne humeur (décollage, atterrissage), Dr Legros pour mon premier point intra-péritonéale, Dr Stella, Dr Al Nassan pour vos questions au bloc, Dr.Amichaud.

A l'équipe de Gynécologie-obstétrique du CH d'Annecy :

Dr Braig pour votre calme et pour votre confiance, Dr Tardif pour votre bonne humeur, Dr Breton pour tes enseignements, Dr Blanc pour ta formation au bloc, Dr Hejaiej, Dr Rapp, Dr Arnould, Dr Gay, Dr Bernardi.

A l'équipe de l'équipe d'Urologie du CHU de Grenoble :

Pr Descotes pour votre accueil, Pr Long pour ta gentillesse, Dr Fiard pour ta pédagogie positive, Dr Poncet pour ta bonne humeur permanente, ta folie, pour ta zenitude en DVA, Dr Boillot pour vos blagues que je ne retiens malheureusement pas, Dr Terrier, c'était un plaisir d'opérer à tes côtés.

A l'équipe du CH de Voiron :

Dr Lazzaron, Dr Amblard, Dr Lujan : Merci de m'avoir autant fait confiance au bloc, merci pour vos enseignements, merci pour l'indépendance acquise pendant ce stage. Dr Gaillard pour ton expérience partagée, Dr Zelli car tu es chat noir, sauf avec moi, Dr Malassagne pour nos nuits blanches voironnaises.

*Aux assistant(e)s :*

Pierre Alain pour nos gardes agitées qui m'enthousiasmaient toujours trop ; Camille pour mon premier forceps ; Cécile pour nos pauses thé ; Anna pour ton implication auprès des patientes ; Maryline pour ton sens de l'humour ; Sophie pour ta gentillesse ; Anaïs pour ma première césarienne ; Flavie pour ta douceur et ta bonne humeur permanente ; Juliette pour ta détente ; Ahmed les bons repas partagés en garde ; Mariane et Fanny pour les bonnes bases que vous m'avez transmises ; Julie pour nos demi-douzaines de jumeaux ; Charlotte pour la bonne ambiance que tu dégages ; Manon pour mon premier PMO et pour nos déjeuners / debriefs à Voiron ; Jean Benjamin pour tes tips chirurgicaux ; Quentin car tu es passionné et tu as su me transmettre cet intérêt pour l'urologie ; Aurélie merci pour tous les conseils donnés pour cette thèse.

*Aux équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai travaillé :*

Aux sages-femmes qui font partout un travail formidable. C'est à vos côté que ma vocation d'obstétricienne a grandi. Merci pour vos enseignements et votre humanité. Un merci particulier à Mélodie pour mon premier accouchement.

Aux auxiliaires de puériculture.

Aux infirmières, infirmiers et aides-soignant(e)s des services dans lesquels je suis passée. Merci tout particulièrement aux équipes des services de gynécologie de Chambéry et Annecy, pour votre bonne humeur, votre gentillesse et pour les bons repas partagés les dimanches midi.

Aux IBODE avec qui j'ai travaillé dans tous ces blocs qui m'ont tant appris, surtout à être propre. Vous faites un travail formidable.

Aux brancardiers de la salle de naissance de Grenoble et à ceux de Voiron, pour votre bonne humeur de jour comme de nuit.

Merci aux secrétaires aidantes avec qui j'ai eu la chance de travailler dans les services de Chambéry, Voiron et d'urologie du CHU.

A Assilah, pour ton aide précieuse à la réalisation du protocole de cette thèse.

*A mes amis*

***A mes amis d'Évian,***

Alice, ma goudou, on se connaît depuis toujours et on a grandi ensemble. Merci pour cette scolarité partagée, pour ton humour toujours bien placé, pour nos voyages, nos bivouacs, nos discussions profondes et pour la Dent d'Oche. Camille D, merci pour tous les bons moments partagés depuis notre enfance. Tu as une force de caractère que j'admire. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi, et c'est réciproque. Marine, merci pour ta générosité, ta folie, ton écoute et ta mémoire légendaire qui nous rappelle régulièrement les détails de nos aventures passées. Cyril, depuis notre rencontre on sait qu'on est fait pour rire ensemble, tu es resté le même qu'enfant, mise à part ton accent Neuchâtelois. Camille C, pour nos années lycées pleines de découvertes et pour les beaux moments que l'on arrive encore à partager maintenant. A Thibault et Giorgia pour nos soirées et journées techno. A Romain et Morgane pour les après-midis bateau suivi de rigolades autour d'un verre.

Charlotte et Pauline, pour nos journées « grand chlem », pour nos heures passées au lac ou dans les bassins, pour Bernex et ses chemins que l'on a poncés dans tous les sens.

***À mes amis de l'externat, mes potos,***

Juju, pour nos passions communes : Evian, le fromage et nos chats. Baptiste car on a partagé ensemble nos plus beaux voyages. Marion pour le sport, la Chine et ton enthousiasme permanent. Lauriane car tu as été ma première amie à Grenoble. Fanny, Giulia, Guillaume, Claire, Geoffrey, Aude, Pierre, Amandine, Romain (Mangez !), Pétra, Manu (le Vignemale !), Axelle, Astrid, Alizée, Cédric, Adrien, merci pour cet externat de rêve. J'aime vous retrouver lors des désormais fameux « weekend potos ».

Dédicace à la team Mont Fuji : Fanny, Baptiste, Aymeric, tous les jours un nouveau sommet.

***À mes co-internes,***

Tout d'abord, merci à ma promo de Gynéco 2017 :

Claire, ma belle, coup de foudre amical dès le premier jour, on a partagé un an de stage rempli d'euphorie malgré la difficulté de notre internat. A côté on a voyagé, joué, fait grève, on s'est formé, on a fêté tes anniversaires... Tout ça avec la bonne humeur qui te caractérise. Mathilde, merci pour ce deuxième semestre à s'entraider aux urgences. On était toujours là pour se sénioriser l'une et l'autre. Maxime, tu n'es plus un co-interne mais tu es devenu un ami. Merci d'abord de ton soutien pour cette thèse, on aime partager nos galères, merci pour le potager, merci d'être toujours là pour réparer les choses cassées. Maureen (super Momo), merci pour ces deux semestres partagés, tu es une co-interne, une médecin et une femme exemplaire. Florence, pour ton sens de la fête et tes avis médicaux.

A mes tous premiers co-internes : Anne-Popo, ma maman gynéco, autant artiste que médecin et à ton Pierre-Louis. A Delphine, Marine, Jannie, Charles, Youstra. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, merci de m'avoir aidée et accompagnée tout ce semestre la B2B !

A tous les internes gynécos avec qui j'ai eu la chance de travailler : Clémence pour ton humour, Alexandra pour ta gentillesse, Aliénor, Phuong, Florian, Elia pour nos bons moments à Annecy, Manon notre machine de guerre, Pauline, Mathilde et Anna que j'ai vues évoluer.

Aux gynécos avec qui je n'ai jamais travaillé : Marie Caroline on aura plus partager de randonnées que de transmissions, Charlotte, Louise, Marion, Alexandre<sup>2</sup>, Marine, Marc.

A mes co-internes de chirurgie viscérale : François, Boubakar et Tani. Ce semestre a été rempli de rires, d'échanges culturels, d'imitations et de chants. Merci à Claire qui a su supporter toutes nos histoires.

A mes merveilleux co-internes urologues : Lulu compagne féminine du groupe, maintenant je rêve de découvrir le Cantal ; Amomo pour tes enseignements pas que urologiques, pour les visites du Pr Vigneau et parce qu'on est le sang maintenant ; Mehdifouf pour ton énergie et ce génie urologique dès le premier semestre ; Cousin Hub pour ton visage à chaque fois qu'on te coupe la parole, pour ton calme et ta passion ; Thib pour ce weekend de folie à St Luc, pour ta disponibilité et ta pédagogie. Je n'oublierai jamais la clôture de ce semestre : notre grand chlem.

#### *A mes anciens externes,*

Nour toujours exemplaire, Juanito qui m'a tant fait rire, Salma, Pauline, Ines, Mélanie... et les autres, j'ai aimé vous apprendre à retirer un spéculum sans pincer les petites lèvres.

#### *Aux amis rencontrés au cours de l'internat,*

À la Covid bande, anciennement régalaide : Gauthier et Charlotte même si on n'est plus un troupe ; Léa et Antoine car on aime le débat ; Valentin et Diane pour nos sorties en tous genres ; Olivier pour ta pédagogie à vélo ; Benoit pour tous ces bivouacs ; Anaëlle et Clémentin car on volera bientôt ensemble ; Charlotte et Jordy qui nous manquent ; Marianne pour notre bivouac raté ; Carolina, sur qui on peut toujours compter.

Aux copains et collocs : Camille pour ton écoute, ta douceur, pour le carnet qui m'a suivi pendant toute cette thèse et pour tes cookies bien sûr ; Marco car j'ai aimé partager ma passion du fromage fondu et te transmettre LA recette de tartiflette ; Marjojojo ma première colloc, pour ton calme et nos CAF ; Clément pour nos debriefs quotidiens obstétricaux ; Eve et Agathe pour nos apéros journaliers ; Cécile, un merci particulier car tu m'a aidée pour cette thèse ;

Hugo, notre beau national, pour nos parties de belotes endiablées et notre mémorable voyage en Norvège ; Oliv et Nono pour votre bonne humeur et votre sens de la fête (toujours déguisés).

À la bande de Sainte Hélène 2020 : Sacha, Elise, Chloé, Marine, Florine, Apoline, Louis, Géraldine, Clément, Léa, Robin, Morgane, Joseph, Adri etc... Merci pour votre accueil pendant cette parenthèse confinée. À Lenaïk qui fait aussi partie de la bande.

Aux Bisontins (ou presque) : Thibaut et Alex aussi exceptionnels par vos physiques que par votre humour, Sarah pour ton accueil à Strasbourg, Alicia pour notre presque traversée des Pyrénées.

*Aux patient(e)s*

À toutes les patientes et femmes anonymes qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont permis de réaliser cette thèse.

Aux patientes et patients croisés durant ces 10 ans d'études, qui m'ont beaucoup appris, m'ont souvent touchée et impressionnée, faite grandir et évoluer.

*A Théo,*

Enfin, au plus doué des canards laqués, celui qui me fait rire avec des blagues nulles, celui qui ne m'a pas écoutée mais qui a tout retenu, celui qui me guide mieux que personne à travers cols et les vallées parfois sans chaussures ou sur un pied, celui pour qui perdre aux jeux de société est une épreuve aussi rare qu'intense, celui avec qui j'aime m'adapter aux situations les plus délicates toujours avec le sourire, celui qui m'a appris que dormir sous la tente c'est le luxe, j'ai nommé mon inimitable Théo.

Tu es à toi tout seul une expérience, et de loin la plus belle de mon internat.

Merci d'être ma meilleure personne.

# TABLE DES MATIERES

<i>Liste des abréviations</i> .....	14
<i>Résumé</i> .....	15
<i>Abstract</i> .....	16
<i>Introduction</i> .....	17
Préambule .....	17
Influence sur la sexualité des patientes .....	18
Choix du questionnaires de qualité de vie sexuelle.....	20
<i>Matériel et méthodes</i> .....	23
Design de l'étude et recrutement .....	23
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	24
Variables d'intérêt.....	25
Analyses statistiques .....	26
<i>Résultats</i> .....	28
Caractéristique de la population.....	28
Comparaison patientes – volontaires saines.....	32
Comparaison patientes pré et postopératoire .....	36
<i>Discussion</i> .....	38
Rappel des principaux résultats.....	38
Limites et biais .....	42
Avantages de l'étude.....	42
Actualité concernant les BSU.....	43
Dimension globale de la sexualité.....	45
<i>Conclusion</i> .....	46
<i>Bibliographie</i> .....	48
<i>Annexes</i> .....	52
Annexe 1 : Questionnaire PPSSQ .....	52
Annexe 2 : Exemples de calcul des scores de « Santé sexuelle » et de « Gêne et douleur » du PPSSQ.....	56
Annexe 3 : Détail des données du PPSSQ en pré et postopératoire .....	58

## LISTE DES ABREVIATIONS

BSU : Bandelette sous-urétrale

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

ET : Écart type

FSFI : Female Sexual Function Index

PISQ : Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire

PPSSQ : Pelvi-Perineal Surgery Sexuality Questionnaire

SA : Sexuellement active

TVT : Tension free Vaginal Tape

TOT : Trans Obturator Tape

TVT-O : Tension free Vaginal Tape-Obsturator



# ÉVALUATION DE LA GÊNE SEXUELLE DES PATIENTES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PAR MISE EN PLACE D'UNE BANDELETTE SOUS-URÉTRALE

## RESUME

*Objectif* : L'objectif principal était l'évaluation de la gêne sexuelle à moyen terme de patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort, par mise en place d'une bandelette sous-urétrale.

*Matériel et méthodes* : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique avec groupe contrôle, menée au CHU de Grenoble Alpes. Nous avons évalué la gêne et la qualité de vie sexuelle à l'aide du Pelvi-Perineal Surgery Sexuality Questionnaire (PPSSQ), en pré et postopératoire, chez 118 patientes ayant bénéficié d'une bandelette sous-urétrale entre janvier 2014 et décembre 2019. Un groupe contrôle de femmes « volontaires saines » n'ayant pas de bandelette sous-urétrale a été constitué parallèlement. Les deux groupes ont été appariés sur l'âge et le statut ménopausique, ce qui nous a permis d'obtenir 105 femmes dans le groupe « patientes » et 105 dans le groupe contrôle « volontaires saines ». Une analyse comparative pré et postopératoire a aussi été réalisée.

*Résultats* : Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les scores « gêne et douleurs » des groupes « patientes » et « volontaires saines » (moyennes respectives de  $19.8 \pm 21.2$  et de  $15.4 \pm 15.7$  ;  $p$  value de 0.19). De même, nous ne retrouvons pas de différence dans le score « santé sexuelle » entre ces deux groupes (moyenne de  $62 \pm 21.7$  pour les « patientes » et  $60.6 \pm 15.6$  chez les « volontaires saines » ;  $p$  value = 0.35). Une sensation d'obstacle dans le vagin est plus observée chez les « patientes » (16%) que chez les « volontaires saines » (2.6%) et ce, de façon significative ( $p$  value = 0.001). Nous n'avons pas observé de différence entre les scores pré et postopératoires chez les patientes.

*Conclusion* : Les patientes porteuses d'une bandelette sous-urétrale ne ressentent pas plus de gêne lors des rapports sexuels que la population générale et leur sexualité n'est pas dégradée à moyen terme.

## ABSTRACT

*Objective:* The purpose was to evaluate medium-term sexual discomfort of midurethral sling surgery.

*Material and methods:* This was a retrospective monocentric cohort study with control group conducted at the University Hospital of Grenoble Alpes. We assessed sexual discomfort and fonction using the Pelvi-Perineal Surgery Sexuality Questionnaire (PPSSQ), pre- and postoperatively, in 118 patients who underwent suburethral sling surgery between January 2014 and December 2019. A control group of "healthy volunteers" without suburethral sling was formed. The two groups were matched on age and menopausal status, resulting in 105 women in the "patient" group and 105 in the "healthy volunteer" control group. A comparative pre and postoperative analysis was also performed.

*Results:* No statistically significant difference was observed in the "discomfort and pain" scores of the "patient" and "healthy volunteer" groups (respective means of  $19.8 \pm 21.2$  and  $15.4 \pm 15.7$ ; p value of 0.19). Similarly, there was no difference in the "sexual health" score between these two groups (mean of  $62 \pm 21.7$  for the "patients" and  $60.6 \pm 15.6$  for the "healthy volunteers"; p value = 0.35). A sensation of obstacle in the vagina was significantly more present in the "patients" group (16%) than in the "healthy volunteers" (2.6%) (p value = 0.001). We did not observe any difference in pre- and postoperative scores.

*Conclusion:* Suburethral slings do not influence the discomfort of women during penetrative sex in medium term.

# INTRODUCTION

## PREAMBULE

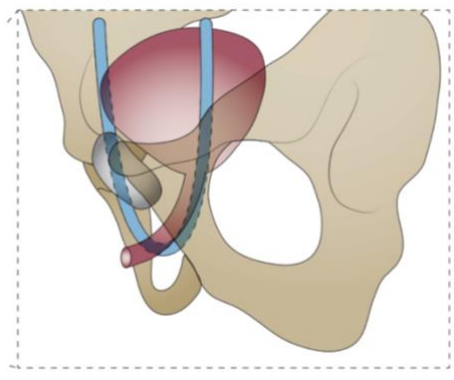
L'incontinence urinaire d'effort par hyper mobilité urétrale<sup>1</sup> est une pathologie fréquente qui touche 17,4% des femmes de plus de 18 ans en France avec un pic de prévalence entre 55 et 60 ans. Cette pathologie touche donc de nombreuses femmes sexuellement actives<sup>2</sup>.

Les traitements de ce type d'incontinence urinaire sont : la rééducation, les œstrogènes locaux (associés à la rééducation), les dispositifs vaginaux et la chirurgie<sup>3</sup>.

Le traitement chirurgical consiste en la mise en place d'une bandelette sous-urétrale (BSU), faite classiquement de polypropylène, afin de soutenir l'urètre lors des efforts et donc d'éviter les fuites liées à son hyper mobilité. C'est une chirurgie fréquente, rapide, qui se pratique en ambulatoire. La bandelette est placée sous l'urètre de la patiente à l'aide d'une alêne.

Il en existe trois différentes versions :

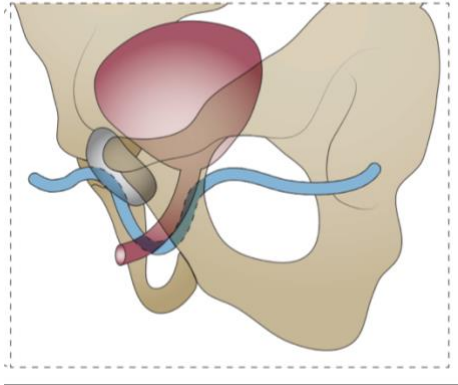
- Tension free Vaginal Tape (TVT) : les branches de la bandelette sont orientées en direction du pubis pour ressortir en sus pubien. Il s'agit une procédure « in-out », c'est-à-dire que le passage de l'alêne pour la mise en place de la bandelette se fait du vagin (« in ») à la peau (« out »).



**Figure 1 : : Illustration anatomique du placement d'une bandelette de type TVT.**

*Illustrateur : Guillaume Blanchet. Reproduction de Cosson, M., Querleu, D. & Dargeut, D. (eds) Chirurgie Vaginale; 159–169. Copyright © 2004 Elsevier Masson SAS.*

- Trans Obturator Tape (TOT) : les branches de la bandelette traversent les trous obturateurs et ressortent au niveau du vagin. C'est une procédure « out-in ».
- Tension free Vaginal Tape-Obsturator (TVT-O) : même procédure que la TOT mais en version « in-out ».

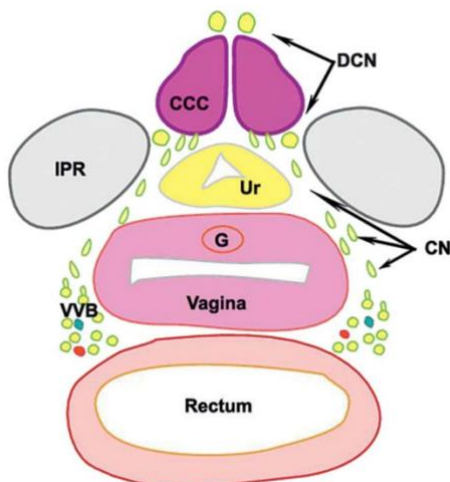


**Figure 2: Illustration anatomique du placement d'une bandelette de type TOT ou TVT-O.**

*Illustrateur : Guillaume Blanchet. Reproduction de Cosson, M., Querleu, D. & Dargeut, D. (eds) Chirurgie Vaginale; 159–169. Copyright © 2004 Elsevier Masson SAS.*

## INFLUENCE SUR LA SEXUALITE DES PATIENTES

Ces bandelettes, quel que soit le type choisi, sont placées anatomiquement à un endroit clef de la sexualité féminine. En effet, elles se retrouvent près de la vascularisation clitoridienne<sup>4</sup>, de la face antérieure du vagin, du nerf dorsal du clitoris<sup>5,6</sup> et de l'innervation autonome du mur vaginal<sup>7</sup>. La partie distale du mur antérieur du vagin correspond au « point G » et c'est à ce niveau que l'incision vaginale est réalisée. Même s'il n'a jamais été prouvé l'existence

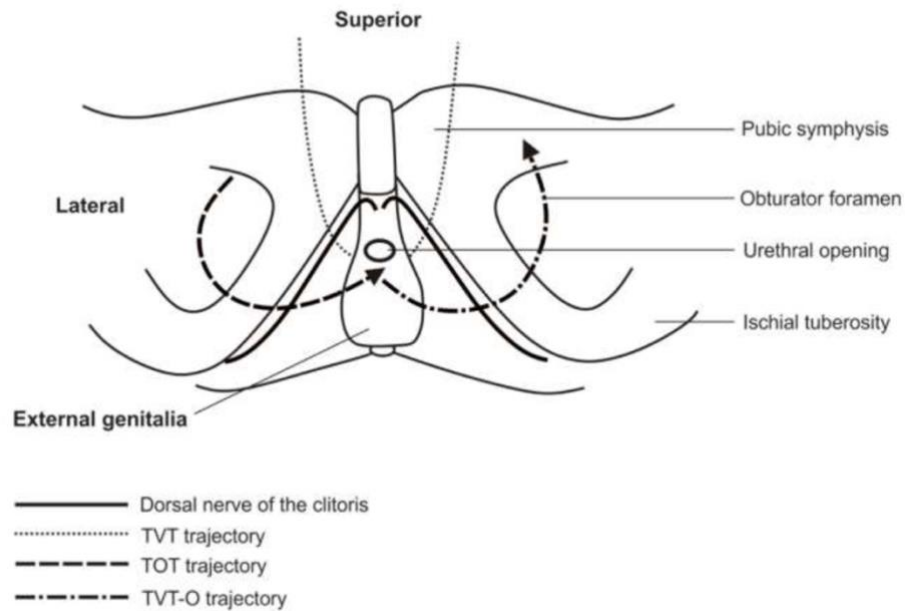


**Figure 3: Représentation schématique du "point G" en relation avec l'innervation périnéale, au niveau des corps caverneux clitoridiens.**

CCC : corps caverneux clitoridiens,  
 DCN : nerf dorsal du clitoris,  
 IPR : branche ischio pubienne,  
 Ur : urètre,  
 CN : nerf caverneux,  
 VVB : branche neurovasculaire.

*Source : Shu pan et al. Clinical Anatomy of the G-Sport, 2015<sup>7</sup>*

anatomique d'un « point G », il est prouvé que cette région est la plus innervée et la plus sensible du vagin<sup>8</sup> (Figure 3 et 4).



**Figure 4 : Trajectoire des bandelettes de type TVT, TOT (out-in), TVT-O (in-out) et leur rapport avec le nerf dorsal du clitoris.**

*Source : Van der Walt et al. The dorsal nerve of the clitoris in relation to urinary incontinence sling procedures, 2016<sup>5</sup>.*

Si une amélioration de la fonction sexuelle est souvent rapportée après la chirurgie du fait de la disparition de l'incontinence per-coïtale<sup>9,10</sup>, une détérioration est également possible, avec en premier lieu une dyspareunie de novo ou aggravée et un trouble orgasmique<sup>11,12</sup>.

## CHOIX DU QUESTIONNAIRES DE QUALITE DE VIE SEXUELLE

Pour évaluer la sexualité des patientes, les études se basent sur différents questionnaires. Cependant, les questionnaires actuellement disponibles ne sont pas spécifiques de la sexualité post chirurgie de l'incontinence.

Le Female Sexual Function Index (FSFI) et le Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) sont les deux questionnaires les plus répandus dans la littérature à ce sujet <sup>9</sup>.

Le FSFI est un questionnaire de qualité de vie sexuelle féminine globale. Il explore les domaines suivants : désir (Q1, Q2), excitation (Q3-Q6), lubrification (Q7-Q10), orgasme (Q11-Q13), satisfaction (Q14-Q16), douleur (Q17-Q19). Il n'inclut pas de questions spécifiques aux problématique des femmes présentant des troubles de la statique pelvienne <sup>13</sup>.

Le Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) est le seul questionnaire d'évaluation de la sexualité spécifiquement validé dans une population cible de femmes ayant un trouble de la statique pelvienne. Il est disponible en 3 versions. La version longue (PISQ-31)<sup>14</sup>, la version courte (PISQ-12)<sup>15</sup> et une version revisitée par l'IUGA - International Urogynecology Association (PISQ-IR). Chaque version recouvre 3 dimensions : comportements/émotions, aspects liés au partenaire et aspects physiques/corporels.

Le PISQ ne renseigne pas sur le type de dyspareunie, la notion d'obstacle ou de butée, la sensation de distorsion ou de brides vaginales, la modification de la sensibilité du vagin. Tous ces éléments sont essentiels lorsque l'on cherche à évaluer un lien de causalité entre l'acte chirurgical et d'éventuelles dysfonctions sexuelles postopératoires. Par ailleurs, le résultat du PISQ correspond à un seul score global qui peut omettre certains paramètres importants.

Le questionnaire utilisé dans notre travail est la Pelvi-Perineal Surgery Sexuality Questionnaire (PPSSQ, Annexe 1).

Il s'agit d'un auto-questionnaire, de 13 questions, récemment validé <sup>16</sup>, spécifiquement élaboré pour évaluer la qualité de vie sexuelle dans une population de femmes sexuellement actives ou non, opérées d'une incontinence urinaire d'effort ou d'un prolapsus génital avec ou sans renforcement prothétique.

Le PPSSQ comprend une première question permettant de distinguer les patientes ayant eu ou non des rapports sexuels (avec pénétration vaginale) au cours des 3 derniers mois.

Pour les femmes non sexuellement actives, le questionnaire relève la ou les raisons de cette absence d'activité sexuelle.

Pour les femmes sexuellement actives, le questionnaire se poursuit et comporte une dimension « santé sexuelle » (Q2 : fréquence des rapports, Q3 : désir, Q4 : plaisir, Q11 : place de la sexualité chez la femme et dans le couple et Q12 : échelle visuelle analogique de la qualité de vie sexuelle) et une dimension « gêne et douleur », plus spécifique des conséquences possibles de la chirurgie (Q5 : gênes pendant les rapports et cause de cette gêne, Q6 : douleurs, intensité et localisation de la douleur, Q7 : restriction activité sexuelle en raison des douleurs).

De chacune de ces deux dimensions découle un score sur 100 (Annexe 2). Plus le score « santé sexuelle » est élevé, plus la vie sexuelle de la patiente est considérée comme bonne. Plus le score « gêne et douleur » est élevé, plus la gêne sexuelle de la patiente est importante.

A noter que les questions 8, 9, 10 et 13 ne rentrent pas dans le calcul des scores. Elles portent respectivement sur la présence d'incontinence urinaire lors des rapports, la présence de perte de selles ou de gaz lors des rapports, les éventuelles plaintes du partenaire et la comparaison de la vie sexuelle pré et postopératoire. Par ailleurs, les questions 5 et 6 présentent des sous-

questions permettant à la patiente de détailler la cause de sa gêne, l'intensité de la douleur ressentie, le moment de sa douleur et la cause de sa douleur. Ces sous-questions n'interviennent pas dans le calcul des scores du PPSSQ.

L'objectif principal de cette étude était l'évaluation de la gêne sexuelle à moyen terme de patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par mise en place d'une bandelette sous-urétrale.

Nous avons émis l'hypothèse que cette gêne sexuelle n'était pas dégradée à moyen terme.

Les objectifs secondaires étaient multiples :

- Évaluer la qualité de vie sexuelle de patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par mise en place d'une bandelette sous-urétrale.
- Analyser les causes de la gêne et les caractéristiques des douleurs ressenties par les patientes pendant les rapports.
- Analyser le taux de patientes non sexuellement actives après la chirurgie, et les causes de cette absence de sexualité.
- Comparer les gênes sexuelles et la qualité de vie sexuelle avant/après chirurgie de bandelette sous-urétrale.



# MATERIEL ET METHODES

## DESIGN DE L'ETUDE ET RECRUTEMENT

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique menée au CHU Grenoble Alpes (CHUGA) avec groupe contrôle. Nous avons comparé les données du questionnaire PPSSQ du groupe « patientes » à un groupe contrôle de « volontaires saines » qui n'avaient pas bénéficié de la pose de bandelette sous-urétrale. Nous avons apparié les deux groupes sur leur âge (+/- 5 ans) et leur statut ménopausique. L'appariement réalisé est de 1 : 1.

Le critère de jugement principal était la comparaison du score « gêne et douleur » du PPSSQ entre le groupe « patientes » (au moment de l'étude) et le groupe contrôle « volontaires saines ». Les critères de jugements secondaires découlaient de l'analyse des données du PPSSQ.

S'agissant du groupe « patientes », après étude de leur dossier médical et vérification des critères d'inclusions, les femmes ont été contactées par téléphone. Leur consentement éclairé a été recueilli d'abord oralement, puis le questionnaire PPSSQ ainsi qu'une lettre d'information et de non opposition leur ont été envoyés soit par e-mail, soit par courrier. Le questionnaire complété nous était ensuite retourné soit par e-mail soit par courrier.

Les participantes du groupe contrôle « volontaires saines » ont été recrutées par le biais de consultations de gynécologie et de médecine générale ainsi que grâce à la participation de membres du personnel hospitalier du CHUGA. Les volontaires saines ayant accepté de répondre avaient la possibilité de remplir le questionnaire en version papier ou en version en ligne de façon anonyme.

## CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Dans le groupe « patientes », nous avons inclus des femmes majeures de moins de 85 ans ayant bénéficié d'une pose de bandelette sous-urétrale au CHUGA dans les services de gynécologie ou d'urologie entre Janvier 2014 et Décembre 2019 et ayant accepté de répondre au questionnaire PPSSQ.

Dans le groupe « volontaires saines », nous avons inclus des femmes majeures de moins de 85 ans, appariées sur l'âge et le statut ménopausique au groupe « patientes », n'ayant jamais bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par mise en place d'une bandelette sous-urétrale et ayant accepté de répondre au questionnaire PPSSQ.

Les critères d'exclusions étaient :

- Une dépose de la bandelette (seulement pour le groupe « patientes ») ;
- Un décès depuis la chirurgie ;
- Des difficultés dans la compréhension des questionnaires (pathologique neurologique ou psychiatrique, barrière de la langue, illettrisme) ;
- Une absence de sensation périnéale.

Précisons que l'absence d'activité sexuelle ne constituait pas un critère d'exclusion.

## VARIABLES D'INTERET

Les données recueillies dans l'étude sont :

- Données démographiques et anthropométriques : Âge, poids, taille, IMC, statut marital
- Antécédents cliniques : Statut ménopausique, tabagisme actif, hystérectomie, grossesse(s) et accouchement(s), prolapsus associé, antécédent de chirurgie du prolapsus, antécédent de cancer dans les 5 dernières années.
- Antécédents familiaux d'incontinence urinaire d'effort.
- Traitements en cours : rééducation périnéale, trophiques locaux, traitement hormonal substitutif de la ménopause.
- Questionnaire PPSSQ :
  - Rempli deux fois pour le groupe « patientes » : ressenti avant chirurgie et ressenti actuel.
  - Rempli une seule fois pour le groupe « volontaires saines » en considérant leur sexualité actuelle. Ces dernières ne remplissaient pas la question 13 relative au ressenti postopératoire.

Données recueillies dans les dossiers médicaux informatisés des patientes seulement :

- Type d'incontinence urinaire (effort, urgenturie ou mixte),
- Prolapsus associé au moment de la chirurgie,
- Données per opératoires : type de bandelette posée (TVT / TOT / TVT-O), geste associé, complications per et postopératoires.

## ANALYSES STATISTIQUES

L'âge et l'IMC ont été recueillis en tant que variables continues.

L'antécédent d'hystérectomie, l'IMC > 30, la consommation de tabac, la toux chronique, la multiparité, le statut ménopausique, la présence d'incontinence urinaire actuelle ont été recueillis en tant que variables qualitatives binaires. Le statut marital, le type d'incontinence urinaire préopératoire, le type de bandelette sous-urétrale ont été recueillis en variables nominales.

Concernant les données du PPSSQ (cf Annexe 1), les questions 1 et 10 ont été recueillies en tant que variables qualitatives binaires, la question 12 en tant que variable continue, tandis que les autres questions ont formé des variables ordinales adaptées en échelle de Likert afin de pouvoir effectuer le calcul des scores (cf Annexe 2).

Les scores « gêne et douleur » et « santé sexuelle » ont été calculés pour chaque femmes du groupe « patientes » (une fois en considérant la sexualité préopératoire puis en considérant la sexualité au moment de l'étude) et pour chaque « volontaire saine » au moment de l'étude. Ils ont été analysés en tant que variables continues.

Les causes de gêne pendant les rapports (Q5 bis), l'analyse de la douleur pendant les rapports (Q6 bis), la présence d'incontinence urinaire lors des rapports (Q8), les éventuelles plaintes du partenaire (Q10) et la comparaison de la vie sexuelle pré et postopératoire (Q13), ne rentrent pas dans le calcul d'un score, elles ont donc été analysées à part et font l'objet d'objectifs secondaires.

Pour les variables continues, l'analyse descriptive comprend le calcul de la moyenne et de l'écart-type. Les comparaisons des variables quantitatives ont été réalisées par un test paramétrique (test T de Student pour données appariées) ou par un test non-paramétrique (test de Wilcoxon) en fonction de la normalité ou non de la distribution.

Pour les variables qualitatives : elles sont décrites par leurs effectifs (n) et par un pourcentage. L'analyse comparative des variables qualitatives a été réalisée par le test de McNemar.

Le seuil de significativité des tests est  $\alpha = 0,05$ . Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'interface JAMOVY du logiciel R, version 3.6.1.

# RESULTATS

## CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION

Entre janvier 2014 et décembre 2019, 317 patientes ont bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par mise en place d'une bandelette sous-urétrale au CHUGA. Parmi elles, 118 patientes ont participé à notre étude en remplissant le questionnaire PPSSQ (Figure 5 : Flow chart). En moyenne, ces patientes ont répondu au questionnaire 3 ans et 10 mois après leur chirurgie.

Concernant le groupe contrôle « volontaires saines », 128 femmes ont répondu anonymement au questionnaire PPSSQ.

Après appariement des deux groupes sur l'âge +/- 5 ans et le statut ménopausique, l'effectif final est de 105 femmes dans chacun des deux groupes « patientes » et « volontaires saines ». Dans le groupe « patientes », 44 ont bénéficié d'une BSU de type TOT soit 42% et 61 patientes ont bénéficié d'une TVT soit 58%.

Pour l'analyse préopératoire VS postopératoire, nous avons inclus les 118 patientes ayant renvoyé le questionnaire.

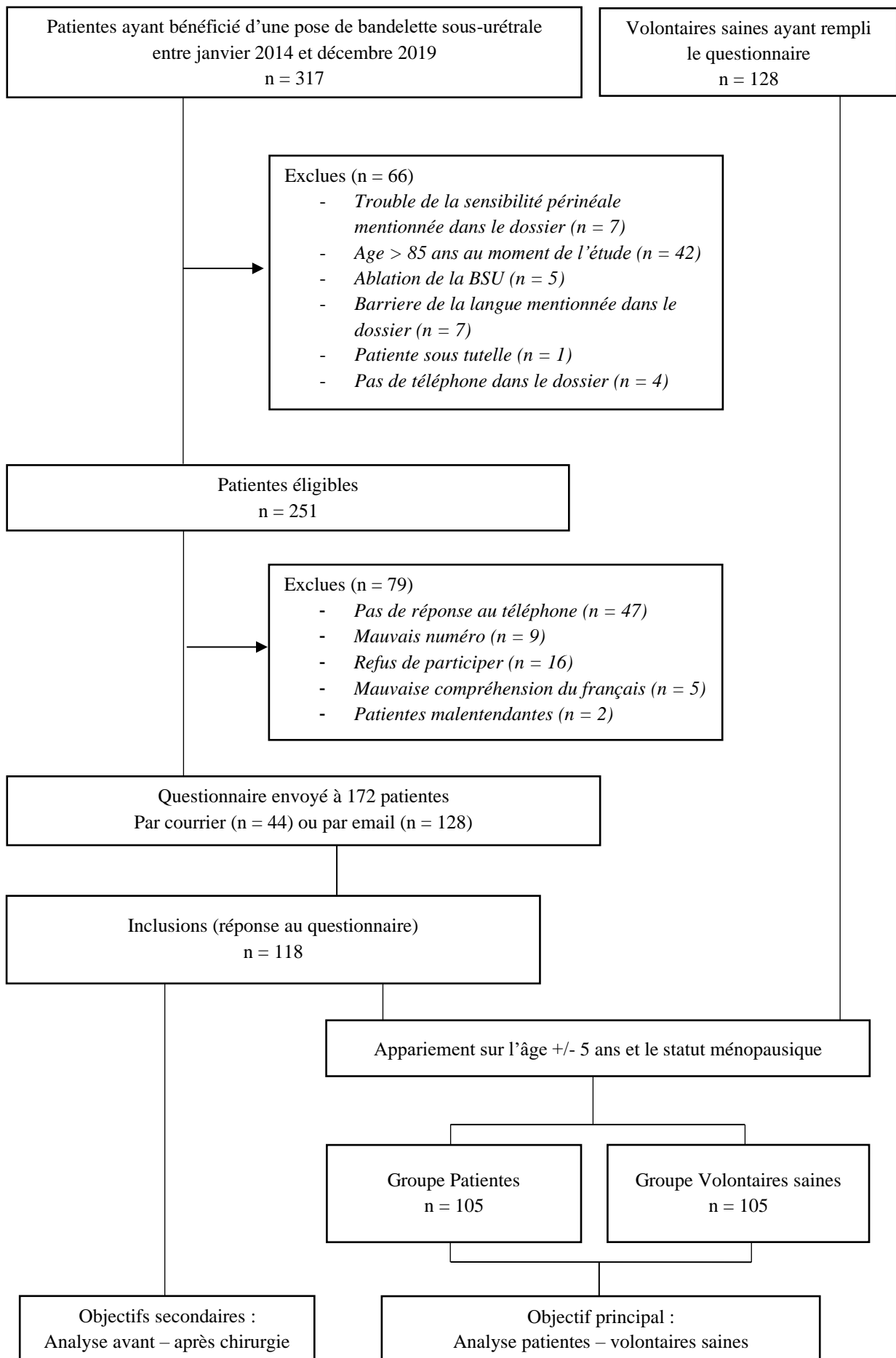
L'âge moyen était de 55.6 ans pour le groupe « patientes » et de 55.7 ans pour le groupe « volontaires saines » (Tableau 1 : Données démographiques). Soixante-cinq femmes sont ménopausées dans chaque groupe, soit 61.9 %.

On remarque que l'IMC moyen du groupe « patientes » est statistiquement plus important que l'IMC moyen du groupe « volontaires saines », respectivement de 26.7 et 23.4 ( $p < 0.001$ ).

Le nombre d'hystérectomie et de chirurgie de prolapsus était plus important dans le groupe « patientes » que dans le groupe « volontaires saines » (respectivement 22.1 % versus 8.6%,  $p = 0.008$  et 18.1 % versus 1%,  $p < 0.001$ )

Dans le groupe « patientes » on retrouvait davantage d'antécédents familiaux d'incontinence urinaire d'effort (56.8 %) que dans le groupe « volontaires saines » (16.7 %) ( $p$  value  $< 0.001$ ). Concernant les autres données démographiques (Tableau 1), les deux groupes sont comparables, notamment au niveau de la parité, du taux de prolapsus associé, du taux d'incontinence urinaire au moment de l'étude, des traitements non chirurgicaux de l'incontinence urinaire d'effort et du statut marital.

Les complications chirurgicales sont les suivantes : 6 patientes (5.7%) ont présenté une rétention aigue d'urine, 7 (6.7%) une lésion vésicale, une seule patiente a souffert d'une lésion nerveuse, 2 patientes ont développé un hématome postopératoire, 3 ont présenté une érosion de la bandelette et 5 (4.8%) ont dû être reprises au bloc opératoire.



**Figure 5 : Flow chart**



**Tableau 1 : Données démographiques**

<b>Variabiles</b>	<b>Patientes n = 105</b>	<b>Volontaires saines n = 105</b>	<b>p value</b>
Age, moyenne $\pm$ ET	55,6 $\pm$ 10.1	55,7 $\pm$ 10,1	0.86 <sup>a</sup>
IMC, moyenne $\pm$ ET	26.7	23.4	< 0.001 <sup>a</sup>
IMC > 30, n (%)	26 (26.5)	11 (10.5)	0.005
Tabagisme actif, n (%)	14 (13.5)	23 (21.9)	0.12
Parité, moyenne $\pm$ ET	2.4	2.1	0.07 <sup>a</sup>
Prolapsus associé, n (%)	8 (7.7)	4 (3.8)	0.21
Ménopausée, n (%)	65 (61.9)	65 (61.9)	1
Incontinence urinaire actuellement, n (%)	23 (22.1)	23 (21.9)	1
Traitement non chirurgicaux actuels, n (%)			
Rééducation périnéale	8 (7.6)	4 (3.8)	0.25
Traitement hormonal local	3 (2.9)	3 (2.9)	1
Traitement hormone substitutif	5 (4.8)	1 (1)	0.10
Type de bandelette sous-urétrale, n (%)			
TVT	44 (41.9)	-	-
TOT	61 (58.1)	-	-
Antécédents, n (%)			
Hystérectomie	23 (22.1)	9 (8.6)	0.008
Chirurgie pour prolapsus	19 (18.1)	1 (1)	< 0.001
Cancer dans les 5 dernières années	4 (4.7)	7 (6.7)	0.71
Antécédent familial d'incontinence urinaire, n (%)	42 (56,8)	14 (16.7)	< 0.001
Statut marital, n (%)			
Célibataire	26 (24.8)	18 (17.1)	0.21
En couple / Mariée	79 (75.2)	87 (82.9)	0.21
Divorcée	14 (13.3)	12 (11.4)	0.70
Veuve	7 (6.7)	5 (4.8)	0.56

**p value calculée selon test du X2 pour variables appariées (test de McNemar)**

<sup>a</sup> **p value calculés selon test t de Student pour variable appariées**

## COMPARAISON PATIENTES – VOLONTAIRES SAINES

Le nombre de femmes sexuellement actives était comparable dans les deux groupes (76 chez les patientes et 78 chez les volontaires saines,  $p$  value = 0.70, Tableau 2).

Le score « gêne et douleurs » du PPSSQ présentait une moyenne de  $19.8 \pm 21.2$  dans le groupe « patientes » et  $15.4 \pm 15.7$  dans le groupe « volontaires saines ». Cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p$  value de 0.19).

La moyenne du score « santé sexuelle » était de  $62 \pm 21.7$  dans le groupe « patientes » et de  $60.6 \pm 15.6$  dans le groupe « volontaires saines » ( $p$  value = 0.35).

Concernant la cause d'une éventuelle gêne ressentie, 16% des femmes du groupe « patientes » sexuellement actives mentionnaient une sensation d'obstacle dans le vagin, tandis que 2.6% des femmes du groupe « volontaires saines » relevaient ce type de sensation, avec une différence statistiquement significative ( $p$  value = 0.001).

Les autres causes de gênes mentionnées le sont à des taux comparables dans les deux groupes (Tableau 2).

Chez les femmes qui ressentaient une douleur pendant les rapports, l'intensité de cette douleur étaient comparable entre les deux groupes (en moyenne de  $3.5/10 \pm 1.9$  pour le groupe « patientes » et de  $3.1/10 \pm 1.5$  chez les « volontaires saines »,  $p$  value = 0.61). Le moment de la douleur ne différait pas d'un groupe à l'autre (Tableau 2). Une sensation d'obstacle dans le vagin a été mentionnée par 18.7% des femmes dans le groupe « patientes » comme étant la

cause de leur douleur. Cette sensation d'obstacle douloureuse n'était signalée que par 5.1% des femmes du groupe « volontaires saines » sexuellement actives ( $p$  value = 0.008).

Les fuites d'urines pendant les rapports étaient plus fréquentes dans le groupe « patientes » que chez les « volontaires saines » ( $p$  value = 0.009).

La « qualité de votre sexualité » (question 12) notée de 0 à 10 étaient en moyenne de  $6.4 \pm 2.5$  dans le groupe « patientes » et de  $6.9 \pm 2$  pour le groupe « volontaires saines » ( $p$  value = 0.54).

Concernant l'évolution de la sexualité après l'opération (question 13), 26.3% des femmes du groupe « patientes » décrivent une sexualité améliorée par rapport à celle préopératoire, 50% relevaient une sexualité identique et 21.1% déploraient une sexualité dégradée par rapport à celle qu'elles avaient avant leur opération pour incontinence urinaire d'effort.

**Tableau 2 : Comparaisons des principales données du PPSSQ des deux groupes chez les femmes sexuellement actives : groupe « patientes » et groupe « volontaire saines ».**

	<b>Patientes n = 105</b>	<b>Volontaires saines n = 105</b>	<b>p value</b>
Score gêne et douleur, moyenne $\pm$ ET	19.8 $\pm$ 21.2	15.4 $\pm$ 15.7	0.19 <sup>a</sup>
Score santé sexuelle, moyenne $\pm$ ET	62 $\pm$ 21.7	60.6 $\pm$ 15.6	0.35 <sup>a</sup>
Q1 : Femmes sexuellement actives (SA), n (%)	76 (72.4)	78 (74.3)	0.70
Q5 : Cause de la gêne, n (% des femmes SA)			
Sècheresse vaginale	34 (45.3)	33 (42.3)	0.56
Vagin trop étroit	1 (1.3)	3 (3.8)	0.56
Vagin trop court	2 (2.7)	0	-
Vagin trop large	3 (4)	1 (1.3)	0.32
Sensation d'obstacle dans le vagin	12 (16)	2 (2.6)	0.01
Saignement	6 (8)	1 (1.3)	0.06
Bruit vaginaux	3 (4)	7 (9)	0.32
Q6 : Si douleurs, intensité de la douleur (de 0 à 10), moyenne $\pm$ ET	3.5 $\pm$ 1.9	3.1 $\pm$ 1.5	0.61 <sup>b</sup>
Q6 : Moment de la douleur, n (% des femmes SA)			
Début pénétration	20 (26.3)	14 (17.9)	0.18
Profonde	11 (14.5)	11 (14.1)	0.44
Va et vient	10 (13.2)	8 (10.3)	0.78
Certaines positions	22 (28.9)	17 (21.8)	0.39
Après le rapport sexuel	3 (3.9)	3 (3.8)	1
Q6 : Cause de la douleur, n (% des femmes SA)			
Sècheresse vaginale	29 (38.7)	23 (29.5)	0.18
Vagin trop étroit	1 (1.3)	4 (5.1)	0.18
Vagin trop court	4 (5.3)	5 (6.4)	0.71
Vagin trop large	1 (1.3)	0	-
Sensation d'obstacle dans le vagin	14 (18.7)	4 (5.1)	0.008
Autre	9 (12)	9 (11.5)	0.76
Q8 : Fuite d'urine lors des rapports, n (% des femmes SA)			0.009 <sup>a</sup>
Jamais	62 (82.7)	70 (89.7)	
Rarement	3 (4)	8 (10.3)	
Parfois	10 (13.3)	0	
De « souvent » à « toujours »	0	0	
Q12 : Qualité de votre sexualité de 0 à 10, moyenne $\pm$ ET	6.4 $\pm$ 2.5	6.9 $\pm$ 2	0.54 <sup>b</sup>
Q 13 : Sexualité actuelle, n (% des femmes SA)			
De « beaucoup mieux » à « un peu mieux » qu'avant	20 (26.3)		
Identique	38 (50)		
De « un peu moins bien » à « beaucoup moins bien qu'avant »	16 (21.1)		

**p value calculée par test du X2 pour variables appariées (test de McNemar)**

<sup>a</sup> p value calculé selon test des rangs signé de Wilcoxon

<sup>b</sup> p value calculée selon test t de Student

**SA : Sexuellement Active**

**Tableau 3 : Plainte du partenaire lors des rapports.**

	<b>Patientes</b>	<b>Volontaires saines</b>	<b>p value</b>
Q10 : Plainte du partenaire lors des rapports, n (% des patientes SA)			
Vagin trop étroit	1 (1.3)	0	-
Vagin trop court	0	0	-
Vagin trop large	7 (9.2)	1 (1.3)	0.06
Vagin trop sec	8 (10.5)	9 (11.5)	0.78
Sensation d'obstacle dans vagin	3 (3.9)	1 (1.3)	0.32
Sensation de corps étranger	3 (3.9)	1 (1.3)	0.32
Fuites d'urine	2 (2.6)	0	-
Émissions gaz / selle	2 (2.6)	0	-
Peur de vous faire mal	11 (14.5)	8 (10.3)	0.81
Peur de se faire mal	2 (2.6)	0	-
Peur d'aggraver votre état	3 (3.9)	1 (1.3)	0.16
Ne se plaint de rien	54 (71.1)	61 (78.2)	0.47

**p value calculée par test du X2 pour variables appariées (test de McNemar), SA : Sexuellement Active**

Le tableau 3 représente les plaintes du partenaire pendant les rapports, rapportées par les femmes interrogées (Question 10 du PPSSQ) : la plupart des partenaires n'en avait pas (71% chez les patientes et 78% chez les volontaires saines).

Le tableau 4 regroupe les causes d'absence de rapport sexuel dans les deux groupes. On notera que 3 femmes du groupe « patientes » déclaraient ne pas avoir de rapport à cause de l'altération de leur image corporelle suite à un problème urogynécologique ; aucune « volontaire saine » n'a relevé ce problème. De même, 3 partenaires renoncent aux rapports à cause des problèmes urogynécologiques de leur conjointe dans le groupe « patientes » alors que cette cause n'est signalée par aucune femme du groupe « volontaires saines ».

**Tableau 4 : Femmes non sexuellement actives : causes**

	<b>Patientes</b>	<b>Volontaires saines</b>
Femmes non sexuellement actives, n (%)	29 (27.6)	27 (25.7)
Si non sexuellement active, cause, n (% des femmes non SA)		
Pas de partenaire	15 (51.7)	10 (37)
Incontinence urinaire	2 (6.8)	0
Incontinence anale	0	0
Douleurs	2 (6.8)	1 (3.7)
Vagin trop étroit	0	0
Vagin trop court	0	0
Sécheresse vaginale	4 (13.7)	4 (14.8)
Sensation d'obstacle	0	1 (3.7)
Saignement	0	0
Appréhension	1 (3.4)	2 (7.4)
Désintérêt pour la sexualité	5 (17.2)	10 (37)
Problème de santé du partenaire	6 (20.6)	6 (22.2)
Altération de votre image corporelle suite à problème urogynécologiques	3 (10.3)	0
Partenaire renonçant aux rapports à cause de vos problèmes urogynécologiques	3 (10.3)	0
Autre	2 (6.8)	0

**SA : Sexuellement Active**

## COMPARAISON PATIENTES PRE ET POSTOPERATOIRE

Le nombre de patientes sexuellement actives était de 100 (84.7%) avant la chirurgie et de 82 (69.5%) au moment de l'étude (Tableau 5).

Le score « gêne et douleurs » étaient en moyenne de  $20.3 \pm 21.5$  en préopératoire et de  $15.1 \pm 23.2$  en postopératoire, au moment de l'étude ( $p$  value à 0.34).

La moyenne du score « santé sexuelle » était de  $62.2 \pm 21.7$  en préopératoire, puis de  $62.5 \pm 21$  au moment de l'étude ( $p$  value = 0.41).

Au moment de l'étude, les patientes sexuellement actives présentaient un taux d'incontinence urinaire pendant les rapports, inférieur à celui relevé en préopératoire ( $p$  value  $< 0.001$ ).

Sur une échelle de 0 à 10, les patientes ont en moyenne évalué leur qualité de vie sexuelle à  $6.3 \pm 2.4$  en préopératoire contre une moyenne de  $6.4 \pm 2.5$  en postopératoire ( $p$  value = 0.65). Le détail des données du PPSSQ pré et postopératoire est présenté dans les tableaux 7 et 8 de l'Annexe 2.

**Tableau 5 : Comparaison des données du PPSSQ chez les patientes en pré puis en postopératoire**

	<b>Préopératoire n = 118</b>	<b>Postopératoire n = 118</b>	<b>p value</b>
Score gêne et douleur, moyenne $\pm$ ET	20.3 $\pm$ 21.5	15.1 $\pm$ 23.2	0.34 <sup>a</sup>
Score santé sexuelle, moyenne $\pm$ ET	62.2 $\pm$ 21.7	62.5 $\pm$ 21	0.41 <sup>a</sup>
Q1 : Femmes sexuellement actives, n (%)	100 (84.7)	82 (69.5)	$< 0.001$
Q8 : Fuite d'urine lors des rapports, n (% des femmes SA)			$< 0.001$ <sup>a</sup>
Jamais	54 (55.7)	67 (83.8)	
Rarement	12 (12.4)	3 (3.8)	
Parfois	16 (16.5)	10 (12.5)	
Souvent	7 (7.2)	0	
Très souvent	7 (7.2)	0	
Toujours	1 (1)	0	
Q12 : Qualité de votre sexualité de 0 à 10, moyenne $\pm$ ET	6.3 $\pm$ 2.4	6.4 $\pm$ 2.5	0.65 <sup>b</sup>

**p value calculée par test du X2 pour variables appariées (test de McNemar),**

<sup>a</sup> **p value calculé selon test des rangs signé de Wilcoxon**

<sup>b</sup> **p value calculée selon test t de Student**

**SA : Sexuellement Active**

# DISCUSSION

## RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS

Concernant les données démographiques de notre étude, 73.3% des femmes interrogées sont sexuellement actives, pour une moyenne d'âge de 55.6 ans. Ces données figurent dans la moyenne de celles publiées dans la littérature à ce sujet puisque l'on retrouve un taux de femmes sexuellement active allant de 68% à 77% et un âge entre 38 et 60 ans selon les études<sup>17,18,19,20</sup>.

Dans le groupe « patientes », l'IMC moyen et le nombre de chirurgie du prolapsus sont plus importants que dans le groupe « volontaires saines ».

Cela peut s'expliquer car l'obésité est un facteur de risque démontré d'incontinence urinaire d'effort<sup>21,22,23</sup>. Les prolapsus sont également fortement associés à l'incontinence urinaire par hypermobilité urétrale puisque leur physiopathologie est commune<sup>24</sup>.

L'objectif principal de cette étude était l'évaluation de la gêne sexuelle à moyen terme de patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire par mise en place d'une bandelette sous-urétrale.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence entre le score « gêne et douleurs » du groupe patientes et du groupe volontaires saines. De même, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les scores « santé sexuelle » de ces deux groupes.

Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude<sup>25</sup> dans la littérature ayant comparé la qualité de vie sexuelle de patientes opérées de BSU avec un groupe contrôle. Dans cette étude, Yeni et al., ont utilisé le questionnaire FSFI et retrouvent un score inférieur dans le groupe patientes à 6



mois d'une TVT (correspondant à une moins bonne qualité de vie sexuelle) en comparaison au groupe contrôle. Les domaines impactés significativement étaient « orgasme » et « douleurs ».

Ces résultats ne rejoignent pas ceux de notre étude, probablement du fait d'une méthodologie différente. En effet nos patientes étaient interrogées plus à distance de l'intervention, et le questionnaire utilisé est également différent.

Nous retrouvons dans le groupe « patientes » une sensation d'obstacle vaginal provoquant une gêne ou une douleur plus fréquemment que dans le groupe « volontaires saines ». Cette sensation peut être due à la présence de la BSU mais pourrait aussi être le reflet d'un prolapsus type 1 ou type 2 méconnu. Néanmoins, Cholhan et al. ont décrit un effet de « cerclage para urétral » chez 11 patientes sur 27 après mise en place d'une bandelette TOT. Quatre de ces 11 patientes ressentaient une dyspareunie<sup>26</sup>. Elzevier et al. décrivent un rétrécissement vaginal chez 19.5% des patientes ayant bénéficié d'une bandelette TOT dans leur étude<sup>27</sup>. La sensation d'obstacle que l'on observe dans notre travail pourrait être la conséquence d'un « cerclage para urétral » ou d'un rétrécissement vaginal.

Nos résultats révèlent aussi un taux d'incontinence urinaire pendant les rapports plus important dans le groupe « patientes » que dans le groupe « volontaires saines ». Ce résultat est surprenant puisque nous ne retrouvons pas de différence entre les deux groupes concernant « l'incontinence urinaire actuelle » qui faisait partie des questions posées en préambule du PPSSQ. Il pourrait être expliqué par la présence d'un prolapsus méconnu dans le groupe « patientes » démasquant une incontinence urinaire lors des rapports avec pénétration.

Concernant la modification de la sexualité postopératoire, 50% des patientes décrivaient une sexualité identique à celle préopératoire, 26.3% considéraient leur sexualité meilleure qu'avant l'opération et 21.1% décrivaient une sexualité dégradée.

Jha et al. décrivent dans leur méta-analyse une sexualité postopératoire inchangée pour 56.7% des patientes, améliorée chez 33.9% des patientes et détériorée chez 9.4% des patientes<sup>17</sup>. Le taux de patientes dont la sexualité est détériorée est donc un peu plus important dans notre étude. Ce constat peut s'expliquer par le fait que les patientes ont été interrogées à presque 4 ans postopératoire en moyenne dans notre cas, contre en moyenne moins de 2 ans postopératoire dans cette méta-analyse.

La majorité des partenaires ne formulent aucune plainte pendant les rapports (71% dans le groupe « patientes » et 78% dans le groupe « volontaires saines »). Ces chiffres sont comparables à ceux de Elzeivier et al. En effet, 71% de leur 65 patientes ne rapportent aucune plainte de leur partenaire pendant les rapports jusqu'à 1 an après la pose d'une TVT<sup>28</sup>. De même, Lindquist et Glavind ne retrouvent pas de dégradation de la sexualité du partenaire jusqu'à 4 ans après la pose d'une TVT<sup>29</sup>. Soulignons que dans notre travail et dans les études citées, c'est la patiente qui rapporte les plaintes de son partenaire sans que ce dernier ne soit interrogé directement.

Concernant les femmes non sexuellement actives, 52% des femmes du groupe « patientes » déclarent ne pas avoir de rapport par manque de partenaire, contre 37% des « volontaires saines ». Quatre femmes dans chaque groupe mentionnent la sècheresse vaginale. Une altération de l'image corporelle suite à un problème urogynécologique est mentionnée par 3 femmes du groupe « patientes » mais par aucune « volontaire saine ». Peu d'études se sont intéressées aux causes de l'inactivité sexuelle des patientes après pose d'une BSU. Dans une

étude de Sentilhes et al.<sup>18</sup>, on retrouve chez les 14 patientes non sexuellement actives interrogées des causes et des taux similaires.

Concernant l'analyse des données du PPSSQ des patientes en pré et postopératoire, il existe une tendance à la diminution du score « gêne et douleur » ( $20.3 \pm 21.5$  en préopératoire contre  $15.1 \pm 23.2$  en postopératoire en moyenne) mais cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p$  value = 0.34). Nous n'observons pas de différence significative du score « santé sexuelle ».

La littérature est discordante à ce sujet, en effet une partie des études ne mettent pas en évidence de différence entre la sexualité pré et postopératoire à court<sup>30</sup> ou moyen terme<sup>31</sup>, d'autres décrivent une amélioration de la sexualité après la chirurgie<sup>19,32</sup> jusqu'à 4 ans postopératoire<sup>29</sup> et certaines retrouvent une dégradation de la sexualité après la chirurgie<sup>25</sup>.

Le nombre de patientes sexuellement actives diminue radicalement après l'opération dans notre étude (84.7% en préopératoire contre 69.5 % au moment de l'étude,  $p$  value < 0.001). Il est néanmoins difficile d'incriminer seule la BSU dans cette diminution d'activité sexuelle. En effet, les patientes ont été interrogées 2 à 7 ans après leur chirurgie : le vieillissement et les comorbidités qui l'accompagnent peuvent être la cause d'un arrêt de leur vie sexuelle<sup>33</sup>.

Enfin, le taux d'incontinence urinaire pendant les rapports diminue significativement après l'opération sans que cela n'ait d'impact sur la significativité des scores du PPSSQ au moment de l'étude en comparaison au score préopératoire. Or la plupart des auteurs s'entendent pour dire que la diminution de l'incontinence urinaire pendant les rapports est le facteur qui influence le plus l'amélioration de la qualité de vie sexuelle postopératoire<sup>34,35,36</sup>. Le biais de mémorisation dans notre étude explique peut-être ce résultat.

## LIMITES ET BIAIS

Tout d'abord, il peut exister un biais de confusion entre les deux groupes « patientes » et « volontaires saines », biais que nous avons essayé de réduire grâce à l'appariement en fonction de l'âge et du statut ménopausique.

Il existe un probable biais de mémorisation lorsque les patientes ont dû répondre au PPSSQ en considérant leur sexualité avant l'opération. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de ne pas interroger les patientes plus de 7 ans après leur chirurgie.

Un biais de recrutement est possible puisque les patientes les plus à même de répondre au questionnaire étaient celles pour lesquelles la chirurgie s'était bien passée. Afin de limiter ce biais, nous avons réalisé un entretien téléphonique avec toutes les patientes en leur présentant l'étude et son intérêt.

## AVANTAGES DE L'ETUDE

D'abord, et contrairement à la grande majorité des études<sup>12</sup>, nous avons étudié la sexualité plus de deux ans après la mise en place d'une BSU. En effet, une BSU est mise en place de façon définitive et l'évaluation de ses effets sur la sexualité des patientes doit être faite aussi bien à court, moyen ou long terme.

De plus, nous avons inclus des femmes non sexuellement actives, ce qui est rare dans la littérature mais qui permet de se rendre compte de l'éventuel impact d'une BSU sur l'activité sexuelle.

Le questionnaire PPSSQ est le seul questionnaire validé adapté aux problématiques postopératoires des femmes présentant un trouble de la statique pelvienne. Il a l'avantage de

cibler deux domaines potentiellement endommagés par une chirurgie de statique pelvienne grâce aux scores « gêne et douleurs » et « santé sexuelle ». Il permet aux patientes de détailler leur ressenti afin que l'investigateur puisse mettre en avant au mieux leur problématique. Le PPSSQ repose également sur le ressenti du partenaire qui peut être lui aussi endommagé suite à une chirurgie. Néanmoins, notons que le PPSSQ s'intéresse seulement aux rapports sexuels avec pénétration vaginale, excluant de ce fait les femmes qui ne la pratiquent pas et limitant les autres champs de la sexualité féminine.

Un dernier avantage de notre étude est l'utilisation d'un groupe contrôle apparié sur l'âge et le statut ménopausique. En effet, une évaluation pré puis postopératoire présente l'avantage de comparer deux groupes identiques, excepté l'âge des patientes. Or l'âge et le statut ménopausique sont des facteurs impactant la qualité de vie sexuelle<sup>33,37</sup>. Notre étude, en utilisant un groupe contrôle du même âge permet de s'affranchir de ce biais.

Il s'agit à notre connaissance de l'étude présentant le plus grand effectif de patientes associé à un groupe contrôle visant à évaluer la sexualité suite à la pose d'une BSU.

## ACTUALITE CONCERNANT LES BSU

En France, depuis octobre 2020, un arrêté encadre la pratique des actes associés à la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgicale de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme<sup>38</sup>. Cet arrêté rend obligatoire avant la mise en place d'une BSU, la présentation de chaque dossier à une équipe pluridisciplinaire devant inclure au minimum un chirurgien spécialisé en urologie, un chirurgien spécialisé en gynéco-obstétrique et, si besoin, un médecin de médecine physique et de réadaptation, spécialisé en rééducation périnéale. Cet arrêté cherche à sélectionner au mieux les patientes candidates à la pose d'une BSU afin de

limiter les complications. Il fait suite à l'interdiction d'utilisation de prothèses vaginales dans le cadre du soin pour le traitement de prolapsus génitaux parue en mars 2020 en France <sup>39</sup> et, aussi présente, notamment aux Etats Unis , en Australie et au Royaume Unis.

Les complications liées à la pose de BSU les plus fréquentes sont : rétention aiguë d'urine, perforation de vessie, lésion nerveuse, érosion de la bandelette<sup>40</sup>. Certains auteurs soulignent le fait que les complications chirurgicales et notamment les érosions de bandelette dégradent la sexualité des patientes via l'apparition de dyspareunies de novo<sup>41</sup>. Dans notre étude, 6 patientes (5.7%) ont présenté une rétention aiguë d'urine, 3 (2.9%) ont présenté une érosion de la bandelette et 5 (4.8%) ont dû être reprises au bloc opératoire. Du fait du caractère rétrospectif de notre étude, il est probable que ce taux de complications soit en réalité plus élevé.

Malgré l'existence de ces complications, nous ne retrouvons pas dans notre étude davantage de gêne ou douleurs pendant les rapports pénétrants chez les patientes en comparaison à un groupe contrôle de femmes « volontaires saines » du même âge.

Whooley et al. ont réalisé une revue de la littérature concernant le développement de matériel (prothèse ou bandelette) fait à base de tissu biologique<sup>42</sup>. D'autres auteurs développent une technique de bandelette par tissus autologues à partir du fascia des muscles grands droits de l'abdomen<sup>43,44</sup>. C'est une voie vers la réduction des complications postopératoires, toutefois, l'indication opératoire correcte et la bonne formation continue, associées à l'entraînement des chirurgiens doit rester la priorité pour garantir un minimum d'effets indésirables aux patientes.

## DIMENSION GLOBALE DE LA SEXUALITE

Il est évident que la qualité de vie sexuelle ne se résume pas seulement aux sensations vaginales, clitoridiennes et périnéales. Elle implique une dimension physique mais aussi des dimensions psychologiques, émotionnelles, sociales, culturelles et affectives. Dans cette étude nous nous sommes concentrés sur l'aspect « physique » de la sexualité. Néanmoins, la mise en place d'une BSU et donc l'amélioration des fuites urinaires à l'effort, permet notamment une amélioration de l'image corporelle de la patiente. C'est ce que soulignent Aslan et al. puisqu'ils retrouvent une augmentation significative du désir après pose d'une bandelette TOT <sup>20</sup>.

## CONCLUSION

Dans notre étude, les patientes porteuses d'une bandelette sous-urétrale ne ressentent pas plus de gêne lors des rapports sexuels que la population générale et leur sexualité n'est pas dégradée à moyen terme.

Cette étude permettra de mieux informer les patientes sur les conséquences de la pose d'une bandelette sous-urétrale sur leur sexualité.



THÈSE SOUTENUE PAR : Marie BUGNON

TITRE :

ÉVALUATION DE LA GÊNE SEXUELLE DES PATIENTES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PAR MISE EN PLACE D'UNE BANDELETTE SOUS-URÉTRALE

CONCLUSION :

Dans notre étude, les patientes porteuses d'une bandelette sous-urétrale ne ressentent pas plus de gêne lors des rapports sexuels que la population générale et leur sexualité n'est pas dégradée à moyen terme. Cette étude permettra de mieux informer les patientes sur les conséquences de la pose d'une bandelette sous-urétrale sur leur sexualité.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 31/11/21

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT DU JURY



Pr. Didier RIETHMULLER

Pr. Patrice MORAND  
et par délégation

Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

## BIBLIOGRAPHIE

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49. doi:10.1016/s0090-4295(02)02243-4
2. Lasserre A, Pelat C, Guérault V, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Eur Urol*. 2009;56(1):177-183. doi:10.1016/j.eururo.2009.04.006
3. Masson E. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. EM-Consulte. Accessed March 11, 2021. <https://www.em-consulte.com/article/249469>
4. Caruso S, Rugolo S, Bandiera S, Mirabella D, Cavallaro A, Cianci A. Clitoral blood flow changes after surgery for stress urinary incontinence: pilot study on TVT Versus TOT procedures. *Urology*. 2007;70(3):554-557. doi:10.1016/j.urology.2007.04.045
5. van der Walt S, van Wijk FJ, Abdool Z, Oettlé AC. The dorsal nerve of the clitoris in relation to urinary incontinence sling procedures. *Int Urogynecol J*. 2017;28(1):119-123. doi:10.1007/s00192-016-3086-5
6. Yucel S, De Souza A, Baskin LS. Neuroanatomy of the human female lower urogenital tract. *J Urol*. 2004;172(1):191-195. doi:10.1097/01.ju.0000128704.51870.87
7. Bekker MD, Hogewoning CRC, Wallner C, Elzevier HW, DeRuiter MC. The somatic and autonomic innervation of the clitoris; preliminary evidence of sexual dysfunction after minimally invasive slings. *J Sex Med*. 2012;9(6):1566-1578. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02711.x
8. Pan S, Leung C, Shah J, Kilchevsky A. Clinical anatomy of the G-spot. *Clin Anat*. 2015;28(3):363-367. doi:10.1002/ca.22523
9. Lai S, Diao T, Zhang W, et al. Sexual Functions in Women With Stress Urinary Incontinence After Mid-Urethral Sling Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Randomized and Non-Randomized Studies. *J Sex Med*. 2020;17(10):1956-1970. doi:10.1016/j.jsxm.2020.07.003
10. Zyczynski HM, Rickey L, Dyer KY, et al. Sexual activity and function in women more than 2 years after midurethral sling placement. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207(5):421.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2012.06.053
11. Fatton B, de Tayrac R, Costa P. Stress urinary incontinence and LUTS in women--effects on sexual function. *Nat Rev Urol*. 2014;11(10):565-578. doi:10.1038/nrurol.2014.205
12. Szell N, Komisaruk B, Goldstein SW, Qu XH, Shaw M, Goldstein I. A Meta-Analysis

Detailing Overall Sexual Function and Orgasmic Function in Women Undergoing Midurethral Sling Surgery for Stress Incontinence. *Sex Med.* 2017;5(2):e84-e93. doi:10.1016/j.esxm.2016.12.001

13. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208. doi:10.1080/009262300278597
14. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):552-558. doi:10.1067/mob.2001.111100
15. Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(3):164-168; discussion 168. doi:10.1007/s00192-003-1063-2
16. Fattouh B, de Tayrac R, Cour F, et al. [Validation of a new self-questionnaire to assess sexuality in patients operated on for urinary incontinence or genital prolapse (Pelvi-Perineal Surgery Sexuality Questionnaire - PPSSQ)]. *Prog Urol.* Published online January 11, 2021. doi:10.1016/j.purol.2020.12.013
17. Jha S, Ammenbal M, Metwally M. Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2012;9(1):34-43. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02366.x
18. Sentilhes L, Berthier A, Caremel R, Loisel C, Marpeau L, Grise P. Sexual Function After Transobturator Tape Procedure for Stress Urinary Incontinence. *Urology.* 2008;71(6):1074-1079. doi:10.1016/j.urology.2008.01.020
19. Abdel-fattah M, Ramsay I, Pringle S, et al. Randomised prospective single-blinded study comparing 'inside-out' versus 'outside-in' transobturator tapes in the management of urodynamic stress incontinence: 1-year outcomes from the E-TOT study: Randomised trial of transobturator tapes. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2010;117(7):870-878. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02544.x
20. Aslan E, Gungor Ugurlucan F, Bilgic D, Yalcin O, Kizilkaya Beji N. Effects of Transobturator Midurethral Sling Surgery on Sexual Functions: One-Year Follow-Up. *Gynecol Obstet Invest.* 2018;83(2):187-197. doi:10.1159/000479025
21. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG.* 2003;110(3):247-254.
22. Glazener C, Herbison G, MacArthur C, et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG: Int J O&G.* 2006;113(2):208-217.

doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00840.x

23. Wang K, Xu X, Jia G, Jiang H. Risk Factors for Postpartum Stress Urinary Incontinence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reprod Sci.* 2020;27(12):2129-2145. doi:10.1007/s43032-020-00254-y
24. Chen B, Wen Y, Polan ML. Elastolytic activity in women with stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn.* 2004;23(2):119-126. doi:10.1002/nau.20012
25. Yeni E, Unal D, Verit A, Kafali H, Ciftci H, Gulum M. The effect of tension-free vaginal tape (TVT) procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(6):390-394. doi:10.1007/s00192-003-1100-1
26. Cholhan HJ, Hutchings TB, Rooney KE. Dyspareunia associated with paraurethral banding in the transobturator sling. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(5):481.e1-5. doi:10.1016/j.ajog.2010.01.061
27. Elzevier HW, Putter H, Delaere KPJ, Venema PL, à Nijeholt AABL, Pelger RCM. Female Sexual Function after Surgery for Stress Urinary Incontinence: Transobturator Suburethral Tape vs. Tension-Free Vaginal Tape Obturator. *The Journal of Sexual Medicine.* 2008;5(2):400-406. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00671.x
28. Elzevier Hendrik W, Venema Pieter L, Lycklama à Nijeholt August AB. Sexual function after tension-free vaginal tape (TVT) for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. *Int Urogynecol J.* Published online June 18, 2004. doi:10.1007/s00192-004-1149-5
29. Lindquist ASI, Glavind K. Long-term follow-up of sexual function in women before and after tension-free vaginal tape operation for stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2016;27(10):1571-1576. doi:10.1007/s00192-016-3004-x
30. Liang C-C, Tseng L-H, Lo T-S, Lin Y-H, Lin Y-J, Chang S-D. Sexual function following outside-in transobturator midurethral sling procedures: a prospective study. *Int Urogynecol J.* 2012;23(12):1693-1698. doi:10.1007/s00192-012-1792-1
31. Jang HC, Jeon JH, Kim DY. Changes in Sexual Function after the Midurethral Sling Procedure for Stress Urinary Incontinence: Long-term Follow-up. *Int Neurourol J.* 2010;14(3):170-176. doi:10.5213/inj.2010.14.3.170
32. Glass Clark SM, Huang Q, Sima AP, Siff LN. Effect of Surgery for Stress Incontinence on Female Sexual Function. *Obstet Gynecol.* 2020;135(2):352-360. doi:10.1097/AOG.0000000000003648
33. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.*

2007;357(8):762-774. doi:10.1056/NEJMoa067423

34. Joo E, Kang MH, Yoo E-H, Kim D. Assessment of the effect of transobturator tape surgery on women's sexual function using a validated questionnaire. *Obstet Gynecol Sci.* 2019;62(2):120-126. doi:10.5468/ogs.2019.62.2.120

35. Horosz E, Zwierzchowska A, Pomian A, Majkusiak W, Tomasik P, Barcz E. Impact of Midurethral Sling Implantation on Sexual Function in Women with Stress Urinary Incontinence. *J Clin Med.* 2020;9(5):E1538. doi:10.3390/jcm9051538

36. Lonnée-Hoffmann RAM, Salvesen Ø, Mørkved S, Schei B. What predicts improvement of sexual function after pelvic floor surgery? A follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(11):1304-1312. doi:10.1111/aogs.12237

37. Bancroft JHJ. Sex and aging. *N Engl J Med.* 2007;357(8):820-822. doi:10.1056/NEJMe078137

38. Arrêté du 23 octobre 2020 encadrant la pratique des actes associés à la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme, en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique - Légifrance. Accessed October 7, 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042464843>

39. Chirurgie du prolapsus : la fin d'une époque...aux depens d'une partie de nos patientes ? Published September 25, 2020. Accessed October 8, 2021. <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/chirurgie-du-prolapsus-la-fin-dune-epoqueaux-depens-dune-partie-de-nos>

40. Ashok K, Petri E. Failures and complications in pelvic floor surgery. *World J Urol.* 2012;30(4):487-494. doi:10.1007/s00345-011-0808-7

41. Zyczynski HM, Rickey L, Dyer KY, et al. Sexual activity and function in women more than 2 years after midurethral sling placement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2012;207(5):421.e1-421.e6. doi:10.1016/j.ajog.2012.06.053

42. Whooley J, Cunnane EM, Do Amaral R, et al. Stress Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: Biologic Graft Materials Revisited. *Tissue Eng Part B Rev.* 2020;26(5):475-483. doi:10.1089/ten.TEB.2020.0024

43. Çubuk A, Şahan A, Özkaptan O, et al. Impact of Autologous Transobturator Sling Surgery on Female Sexual Function: A Comparative Study with Mesh Used Mid-Urethral Sling Surgeries. *Urol Int.* 2021;105(9-10):764-770. doi:10.1159/000514415

44. Cubuk A, Yanaral F, Sahan A, et al. Modified Autologous Transobturator Tape Surgery - A Prospective Comparison With Transobturator Tape Surgery. *Urology.* 2020;146:72-78. doi:10.1016/j.urology.2020.09.018

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PPSSQ

Merci de préciser :

Votre âge : |\_|\_| ans      Nombre d'enfants : |\_|\_|

Votre profession :

.....

Votre statut marital :  En couple    depuis |\_|\_| ans  
 Célibataire                       Divorcée                       Veuve

Langue maternelle : .....

1 - Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels (avec pénétration vaginale) ?

OUI       NON

Si NON, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- A cause de vos fuites d'urines (incontinence urinaire)
- A cause de l'émission de gaz ou de la perte de selles (incontinence anale)
- A cause de la sensation d'avoir une boule dans le vagin (descente de vessie, utérus, rectum)
- A cause d'une douleur (dans le vagin ou le bas ventre)
- A cause d'un vagin trop étroit
- A cause d'un vagin trop court
- A cause d'une sécheresse vaginale
- A cause d'une sensation d'obstacle
- A cause d'un saignement vaginal
- A cause d'une appréhension (peur d'aggraver les choses, d'avoir mal...)
- A cause d'une altération de votre image corporelle due à vos problèmes gynécologiques et/ou urinaires (se sentir moins désirable, sentiment de honte...)
- A cause d'un désintérêt pour la sexualité (absence de libido) sans lien avec votre incontinence ou votre descente d'organes
- A cause de votre partenaire qui renonce aux rapports sexuels à cause de vos problèmes urogynécologiques
- A cause des problèmes de santé de votre partenaire (maladie, troubles de l'érection, problèmes cardiaques)

⇒ **FIN du questionnaire pour les femmes non sexuellement actives**

Si OUI :

2 - Avec quelle fréquence avez-vous des rapports sexuels ?

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Deux à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine

3 - Ressentez-vous du désir sexuel (pensées sexuelles, rêves, souhait d'avoir une relation sexuelle ...) ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Deux à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine

4 - Ressentez-vous du plaisir lors de vos rapports sexuels (rapports agréables, épanouissement, orgasme...)?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Toujours

5 - Ressentez vous une gêne au cours de vos rapports sexuels (inconfort, sensation désagréable sans véritable douleur...)?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Toujours

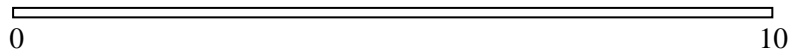
Si vous ressentez une gêne, vous l'attribuez à (plusieurs réponses possibles) :

- Une sécheresse vaginale
- Un vagin trop étroit
- Un vagin trop court
- Un vagin trop large
- Une sensation d'obstacle dans le vagin (bride, butée ...)
- Un saignement pendant ou après le rapport
- Des bruits vaginaux lors des rapports

6 - Ressentez-vous une douleur lors des rapports sexuels ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Toujours

Si vous ressentez une douleur, où placez-vous l'intensité de cette douleur sur une échelle de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur la plus forte que vous imaginez)



Si vous ressentez une douleur, survient-elle ? (plusieurs réponses possibles)

- Au début de la pénétration
- En profondeur
- Lors du va et vient
- Uniquement dans certaines positions
- Après le rapport sexuel

Si vous ressentez une douleur, vous l'attribuez à (plusieurs réponses possibles) :

- Une sécheresse vaginale
- Un vagin trop étroit
- Un vagin trop court
- Un vagin trop large
- Une sensation d'obstacle dans le vagin (bride, butée ...)
- Une autre raison : précisez :

7 - La peur d'avoir mal restreint-elle votre activité sexuelle ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Toujours

8 - Avez-vous des fuites d'urine (incontinence urinaire) lors de vos rapports sexuels ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Toujours



9 - Avez-vous des pertes de selles ou des émissions de gaz par l'anus lors de vos rapports sexuels ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Toujours

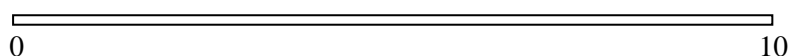
10 - Votre partenaire s'est-il plaint au cours de vos rapports sexuels (plusieurs réponses possibles) :

- D'une sensation de vagin trop étroit
- D'une sensation de vagin trop court
- D'une sensation de vagin trop large
- D'une sensation de vagin trop sec
- D'une sensation d'obstacle dans le vagin (bride, butée ...)
- D'une sensation de corps étranger dans le vagin (fils, agrafes ...)
- De vos fuites d'urines
- De vos émissions de gaz ou pertes de selles
- De la peur de vous faire mal
- De la peur de se faire mal
- De la peur d'aggraver votre état
- Il ne se plaint de rien

11 - D'une façon générale, quelle est la place de la sexualité

	Pas importante	Peu importante	importante	Très importante
Dans votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la vie de votre couple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 - Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité de votre sexualité actuelle ?



13 - Par rapport à la sexualité que vous aviez avant l'intervention, diriez vous de votre sexualité actuelle qu'elle est (ne pas remplir si vous n'avez pas encore été opérée) :

- Beaucoup mieux qu'avant
- Mieux qu'avant
- Un peu mieux qu'avant
- Identique à avant
- Un peu moins bien qu'avant
- Moins bien qu'avant
- Beaucoup moins bien qu'avant

⇒ **FIN du questionnaire pour les femmes sexuellement actives**

ANNEXE 2 : EXEMPLES DE CALCUL DES SCORES DE « SANTE SEXUELLE » ET DE « GENE ET DOULEUR » DU PPSSQ

**Score de « santé sexuelle » (de 0 à 100) :**

	Réponses possibles	Réponses apportées	Minimum possible	Maximum possible
2 - Avec quelle fréquence avez-vous des rapports sexuels ? (Moins d'une fois par mois=1 → Plusieurs fois par semaine=5)	1 à 5	2	1	5
3 - Ressentez-vous du désir sexuel ? (Jamais=0 → Plusieurs fois par semaine=5)	0 à 5	3	0	5
4 - Ressentez-vous du plaisir lors de vos rapports sexuels ? (Jamais=0 → Toujours=5)	0 à 5	2	0	5
11v (vie) - Quelle est la place de la sexualité dans votre vie ? (Pas importante=1 → Très importante=4)	1 à 4	<i>Aucune*</i>	0	0
11c (couple) - Quelle est la place de la sexualité dans la vie de votre couple ? (Pas importante=1 → Très importante=4)	1 à 4	3	1	4
12 - Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité de votre sexualité actuelle ?	0 à 10	7	0	10
Somme : 17			Minimum : 2	Maximum : 29
Score : 56 = [(17-2) / 27] * 100			Etendue : 27 = 29-2 (Maximum – Minimum)	

Pour un minimum de 3 questions renseignées :

Score = [(Somme des items - Score minimum) / Etendue du score] x 100

Plus le score est élevé meilleure est la santé sexuelle.

\* exemple de question non renseignée

**Score de « gêne et douleur » (de 0 à 100) :**

	<b>Réponses possibles</b>	<b>Réponses apportées</b>	<b>Minimum possible</b>	<b>Maximum possible</b>
5 - Ressentez-vous une gêne au cours de vos rapports sexuels (inconfort, sensation désagréable sans véritable douleur...) ? (Jamais=0 → Toujours=5)	0 à 5	2	0	5
6 - Ressentez-vous une douleur lors des rapports sexuels ? (Jamais=0 → Toujours=5)	0 à 5	2	0	5
7 - La peur d'avoir mal restreint-elle votre activité sexuelle ? (Jamais=0 → Toujours=5)	0 à 5	3	0	5

Somme : 7

Minimum : 0

Maximum : 15

Score :  $47 = [(7-0) / 15] * 100$

Etendue :  $15 = 15-0$  (Maximum – Minimum)

Pour un minimum de 2 questions renseignées :

Score =  $[(\text{Somme des items} - \text{Score minimum}) / \text{Etendue du score}] * 100$

Plus le score est élevé plus les « gênes et douleurs » sont importantes.

Tableau 6 : Détails des questions 5, 6 et 10 du PPSSQ chez les patientes en pré et postopératoire

	Préopératoire n = 118	Postopératoire n = 118	p value
Q5 : Cause de la gêne, n (% des femmes SA)			
Sècheresse vaginale	35 (35)	36 (44.4)	0.008
Vagin trop étroit	0	1 (1.2)	-
Vagin trop court	4 (4)	2 (2.5)	0.16
Vagin trop large	7 (7)	3 (3.7)	0.10
Sensation d'obstacle dans le vagin	15 (15)	12 (14.8)	0.59
Saignement	3 (3)	6 (7.4)	0.08
Bruit vaginaux	4 (4)	3 (3.7)	1
Q6 : Si douleurs, intensité de la douleur, moyenne ± ET	3.8 ± 2.4	3.5 ± 1.8	0.57 <sup>b</sup>
Q6 : Moment de la douleur, n (% des femmes SA)			
Début pénétration	18 (18)	21 (25.6)	0.13
Profondeur	25 (25)	11 (13.4)	0.04
Va et vient	17 (17)	10 (12.2)	0.16
Certaines positions	25 (25)	23 (28)	1
Après le rapport sexuel	4 (4)	3 (3.7)	1
Q6 : Cause de la douleur, n (% des femmes SA)			
Sècheresse vaginale	26 (26)	30 (37)	0.001
Vagin trop étroit	2 (2)	1 (1.2)	0.32
Vagin trop court	6 (6)	4 (4.9)	0.32
Vagin trop large	3 (3)	1 (1.2)	0.16
Sensation d'obstacle dans le vagin	14 (14)	14 (17.3)	0.78
Autre	17 (17)	9 (11.1)	0.36
Q10 : Plainte du partenaire lors des rapports, n (% des femmes SA)			
Vagin trop étroit	1 (1)	1 (1.2)	1
Vagin trop court	1 (1)	0	-
Vagin trop large	1 (1)	7 (8.5)	0.66
Vagin trop sec	7 (7)	8 (9.8)	0.10
Sensation d'obstacle dans vagin	3 (3)	3 (3.7)	0.66
Sensation de corps étranger	0	3 (3.7)	-
Fuites d'urine	5 (5)	2 (2.4)	0.32
Émissions gaz / selle	1 (1)	2 (2.4)	0.32
Peur de vous faire mal	13 (13)	11 (13.4)	0.80
Peur de se faire mal	0	2 (2.4)	-
Peur d'aggraver votre état	8 (8)	3 (3.7)	0.13
Ne se plaint de rien	68 (68)	58 (70)	0.83

**p value calculée par test du X2 pour variables appariées (test de McNemar),**

**<sup>b</sup>p value calculée selon test t de Student**

**SA : Sexuellement Active**

**Tableau 7 : Patientes non sexuellement actives : causes et comparaison pré et postopératoire**

	<b>Préopératoire</b>	<b>Postopératoire</b>
Femmes non sexuellement actives, n (%)	17 (14.4)	36 (30.5)
Si non sexuellement active, cause, n (% des femmes non SA)		
Pas de partenaire	8 (47)	16 (44)
Incontinence urinaire	0	2 (5.6)
Incontinence anale	0	0
Douleurs	1 (5.8)	0
Vagin trop étroit	0	0
Vagin trop court	0	0
Sécheresse vaginale	0	5 (13.9)
Sensation d'obstacle	1 (5.8)	0
Saignement	0	1 (2.8)
Appréhension	0	0
Désintérêt pour la sexualité	0	6 (16.7)
Problème de santé du partenaire	5 (29.4)	10 (27.8)
Altération de votre image corporelle suite à problème urogynécologiques	1 (5.8)	0
Partenaire renonçant aux rapport à cause de vos problèmes urogynécologiques	0	3 (8.3)

**SA : Sexuellement Active**

# **L**e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

**“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

# ÉVALUATION DE LA GÊNE SEXUELLE DES PATIENTES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PAR MISE EN PLACE D'UNE BANDELETTE SOUS-URÉTRALE

## RÉSUMÉ

*Objectif* : L'objectif principal était l'évaluation de la gêne sexuelle à moyen terme de patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort, par mise en place d'une bandelette sous-urétrale.

*Matériel et méthodes* : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique avec groupe contrôle, menée au CHU de Grenoble Alpes. Nous avons évalué la gêne et la qualité de vie sexuelle à l'aide du Pelvi-Perineal Surgery Sexuality Questionnaire (PPSSQ), en pré et postopératoire, chez 118 patientes ayant bénéficié d'une bandelette sous-urétrale entre janvier 2014 et décembre 2019. Un groupe contrôle de femmes « volontaires saines » n'ayant pas de bandelette sous-urétrale a été constitué parallèlement. Les deux groupes ont été appariés sur l'âge et le statut ménopausique, ce qui nous a permis d'obtenir 105 femmes dans le groupe « patientes » et 105 dans le groupe contrôle « volontaires saines ». Une analyse comparative pré et postopératoire a aussi été réalisée.

*Résultats* : Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les scores « gêne et douleurs » des groupes « patientes » et « volontaires saines » (moyennes respectives de  $19.8 \pm 21.2$  et de  $15.4 \pm 15.7$  ;  $p$  value de 0.19). De même, nous ne retrouvons pas de différence dans le score « santé sexuelle » entre ces deux groupes (moyenne de  $62 \pm 21.7$  pour les « patientes » et  $60.6 \pm 15.6$  chez les « volontaires saines » ;  $p$  value = 0.35). Une sensation d'obstacle dans le vagin est plus observée chez les « patientes » (16%) que chez les « volontaires saines » (2.6%) et ce, de façon significative ( $p$  value = 0.001). Nous n'avons pas observé de différence entre les scores pré et postopératoires chez les patientes.

*Conclusion* : Les patientes porteuses d'une bandelette sous-urétrale ne ressentent pas plus de gêne lors des rapports sexuels que la population générale et leur sexualité n'est pas dégradée à moyen terme.