Progrès en urologie (2018) **28**, 980—986

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

ARTICLE ORIGINAL

Troubles sexuels chez les patients atteints de lésions médullaires

Sexual disorders among spinal cord injury patients

H. Migaou [a,*], I.B.H. Youssef [b], S. Boudokhane [a], M. Kilani [c], A. Jellad [a], Z.B.S. Frih [a]

[a] *Service de rééducation fonctionnelle, faculté de médecine de Monastir, centre hospitalo-universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, avenue 1-Juin, 5000 Monastir, Tunisie*
[b] *Unité de rééducation fonctionnelle, hôpital régional Haj Ali Souaa, avenue Habib Bourguiba, 5070 Ksar Hellal, Tunisie*
[c] *Service de neurochirurgie, faculté de médecine de Monastir, centre hospitalo-universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, avenue 1-Juin, 5000 Monastir, Tunisie*

Reçu le 27 février 2018 ; accepté le 6 juin 2018
Disponible sur Internet le 2 juillet 2018

MOTS CLÉS
Sexualité ;
Lésion médullaire ;
Qualité de vie ;
Psychologie ;
Culture ;
Tunisien.

Résumé
But. — La lésion médullaire (LM) peut altérer à des degrés variables la sexualité des patients. L'objectif de cette étude était d'évaluer les dysfonctions sexuelles (DS) chez un échantillon de patients atteints de LM tunisiens et de déterminer les facteurs associés à ces DS.
Matériels et méthodes. — Étude descriptive transversale réalisée sur un échantillon de 30 patients atteints de LM. La sexualité a été évaluée par : Male Sexual Quotient (MSQ) et Sexual Health Inventory for Men (SHIM). D'autres paramètres ont été collectés : sociodémographiques, cliniques, capacité fonctionnelle, profil psychologique, et qualité de vie (QDV) (Short-Form 36 : SF36).

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : houdamigaw@hotmail.fr (H. Migaou), bhouriiheb@gmail.com (I.B.H. Youssef), soumaya.boudokhane@gmail.com (S. Boudokhane), Kilanineurochirugien@gmail.com (M. Kilani), anisjellad@gmail.com (A. Jellad), zohra.bensalah@rns.tn (Z.B.S. Frih).

https://doi.org/10.1016/j.purol.2018.06.001
1166-7087/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résultats L'âge moyen était de 41 ± 9,6 ans (23—56). La fréquence des DS dans notre étude était 69,2 %. Les items les plus touchés du MSQ (76 %) étaient l'érection, l'orgasme, la séduction et la performance. Les DS étaient associées à une altération des domaines de SF36. Nous avons noté des corrélations positives, d'une part entre le score MSQ et les sous scores limitations liées à l'état physique (RP) et santé générale (GH) de SF36 et d'autre part entre le SHIM et les sous scores RP, la composante mentale (MCS) et physique (PCS). Le score MSQ était corrélé négativement avec le score HAD. Aucune autre association n'a été notée.

Conclusion. — Notre étude a montré une fréquence élevée de DS chez les patients atteints de lésions médullaires notamment tunisiens. Les DS étaient associées essentiellement à une dégradation de la QDV et au profil anxio-depressif. L'absence d'autres associations pourrait être expliquée par la particularité de notre culture qui considère encore la sexualité et les DS comme un sujet tabou et secondaire.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Sexuality;
Spinal cord injury;
Quality of life;
Psychology;
Culture;
Tunisian

Summary

Objective. — Spinal cord injury (SCI) can alter to varying degrees patients' sexuality. The goals of this study were to evaluate sexual dysfunctions (SD) among a sample of Tunisian patients with SCI and to determine the associated factors.

Methods. — A cross-sectional descriptive study was conducted on a sample of 30 patients with SCI. Sexuality was evaluated by : Male Sexual Quotient (MSQ) and Sexual Health Inventory for Men (SHIM). Other parameters were collected : sociodemographic, clinical, functional capacity, psychological profile and quality of life (QoL) (Short-Form 36 SF36).

Results. — The mean age was 41 ± 9.6 years (23—56). The frequency of SD in this study was 69.2 %. The most affected items in the MSQ (76 %) were erection, orgasm, seduction and performance. The SD were associated with alteration of SF36 domains. We noted positive correlations on the one hand between the MSQ score and the role physical (RP) and general health (GH) sub scores of SF36 and on the other hand between the SHIM and the sub scores RP, mental and physical component score (MCS and PCS). The MSQ score was negatively correlated with the HAD score. No other associations were noted.

Conclusion. — Our study showed a high frequency of SD in SCI patients including Tunisians. SD were mainly associated with impaired QOL and the anxio-depressive profile. The absence of other associations could be explained mainly by the peculiarity of our culture which still considers sexuality and SD as a taboo and secondary subject.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Une lésion médullaire (LM) entraine une souffrance physique et psychique [1]. Elle touche surtout les hommes d'âge jeune (entre 15—35 ans). La sexualité joue un rôle central dans la qualité de vie (QDV) dans cette population à prédominance masculine en âge de procréation [2]. Une dysfonction sexuelle (DS) peut affecter l'estime de soi d'un individu et peut engendrer une tension émotionnelle et conjugale et par conséquent peut altérer la QDV [3]. Dans la littérature, la satisfaction de la vie sexuelle a été prouvée comme facteur prédictif de la satisfaction de la vie en globalité [4]. Plusieurs travaux ont montré que le désir sexuel, l'activité sexuelle ainsi que la satisfaction sexuelle étaient altérées chez les patients présentant des LM suite à plusieurs facteurs tels que une sensibilité génitale délétère, des problèmes psychologiques et des effets secondaires du traitement médical [5,6]. En plus, la LM est souvent accompagnée par une incontinence urinaire et fécale, des douleurs neuropathiques, une spasticité et des escarres qui peuvent avoir des conséquences directes ou indirectes sur la satisfaction sexuelle.

C'est pourquoi l'objectif de notre travail était d'évaluer les DS chez un échantillon de patients tunisiens atteint de LM et de déterminer les facteurs associés à ces DS.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée dans le service de rééducation fonctionnelle en collaboration avec le service de neurochirurgie de Monastir sur une période de 10 mois (Novembre 2015—Aout 2016).

Nous avons inclus les patients de sexe masculin vus en consultation, présentant une LM datant d'au moins une année, âgés de plus de 18 ans et acceptant de participer

à l'étude. Les critères de non inclusion étaient la présence d'une affection psychiatrique antérieure ou d'une affection chronique invalidante pouvant influencer la sexualité ainsi que la présence de difficultés de communication. Les femmes étaient non inclus secondairement vu leur faible nombre à la fin de la période de l'étude, ce qui pourra constituer une source d'hétérogénéité de la population avec un risque de résultats erronés.

Pour détecter les petits problèmes non avoués ou même non connus par les patients, nous avons eu recours à deux questionnaires : le SHIM (Sexual Health Inventory for Men) et le MSQ (Male Sexual Quotient).

Le SHIM est une version abrégée de l'International Index of Erectile Function (IIEF) qui comprend quatre questions du domaine de la fonction érectile (Q2, Q4, Q5, Q15) et une question sur la satisfaction lors du rapport (Q7) [7].

Le MSQ inclue 10 questions explorant les aspects physiques et émotionnels de l'expérience sexuelle y compris le désir sexuel, la séduction, la satisfaction par les préliminaires, la satisfaction sexuelle du partenaire, la qualité des érections, le contrôle éjaculatoire, la capacité à atteindre l'orgasme, et la satisfaction de la performance sexuelle globale [8].

Chez tous les patients, nous nous sommes renseignés sur l'âge, l'état civil, le niveau d'étude, le statut professionnel et la paternité. Nous avons évalué la capacité fonctionnelle par la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) [9] ainsi que la QDV et l'état psychologique respectivement par les versions validées et traduites en arabe du Short-Form 36 (SF-36) [10] et de l'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) [11]. Nous avons étudié les caractéristiques cliniques et les différentes complications : Le type de la lésion ; origine traumatique ou non traumatique, le niveau lésionnel sensitivomoteur selon l'American Spinal Injury Association (ASIA), la spasticité des adducteurs selon l'échelle Ashworth Modifiée, les troubles vésico-sphinctériens ainsi que les troubles ano-rectaux (incontinence anale et constipation). Pour l'étude statistique, nous avons utilisé le logiciel SPSS 23. Afin de rechercher les facteurs associés aux DS et leur retentissement sur la QDV, nous avons procédé à une étude de corrélation bivariée pour les variables numériques et une analyse de variance Anova pour les variables qualitatives. Les résultats ont été considérés significatifs pour un seuil alpha de 5 %.

Résultats

Caractéristiques de la population

Trente patients atteints de LM ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen des patients à la date de l'étude était de $41 \pm 9{,}6$ ans (23—56). Le délai moyen entre la survenue de la lésion et l'examen était en moyenne de $3{,}9 \pm 3{,}02$ ans (1—12). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population sont illustrées dans le Tableau 1. Les sous scores des limitations liées à l'état psychique (RE), fonction physique (PF) et fonction sociale (SF) de l'échelle SF36 étaient les plus touchés (Fig. 1).

Les troubles sexuels

La fréquence des troubles sexuels dans cette étude était de 69,2 %. Ces troubles étaient décrits à partir d'un délai moyen de 9 mois (6 à 18 mois).

Chez quatre hommes célibataires (13,3 %), les résultats de la réponse aux questionnaires SHIM et MSQ ne sont pas comparables aux résultats des patients ayant une activité sexuelle déclarée même en considérant l'autostimulation du faite de l'irrégularité de la pratique sexuelle qui sera généralement occasionnelle voire absente.

Les 26 patients restants (86,6 %), ont rempli les deux questionnaires le SHIM et le MSQ. La moyenne des scores pour chaque item de l'échelle MSQ était illustrée dans le Tableau 2.

La prévalence de DS définie par un score entre 0—2 pour chaque item était comme suit : la séduction, la performance, l'orgasme, la satisfaction du partenaire ainsi que l'érection étaient les plus touchés (76 %). La satisfaction personnelle et l'éjaculation étaient respectivement de 61,53 % et de 46,15 %. Le désir sexuel était l'item le plus préservé (DS chez 30,07 %). Le score moyen MSQ était de $45 \pm 13{,}86$ (30—68). Le score du SHIM était en moyenne de $12{,}76 \pm 6{,}01$ (7—27). Seulement six patients (23,07 %) avaient un score de MSQ supérieur à 60 et donc étaient très ou partiellement satisfaits.

Selon le SHIM similairement 23,07 % des patients avaient un score > 17 signifiant une érection satisfaisante.

Seize patients (53,4 %) avaient un score de SHIM < 12 signifiant une DE moyennement sévère à sévère avec une érection reflexe involontaire incontrôlable. Cette érection était de durée brève ne permettant pas d'accomplir un rapport sexuel satisfaisant.

Les troubles érectiles ont été traités par les inhibiteurs de 5 phosphodiestérase à la demande chez 6 patients (23 %) et l'éjaculation précoce par les inhibiteurs de recapture de sérotonine chez 5 patients (19 %). Les dix-huit patients restants n'ont pas demandé de prise en charge du fait qu'ils considéraient ces troubles comme une conséquence non curable de la lésion.

L'étude de corrélation selon Pearson a montré une forte corrélation positive entre SHIM et MSQ ($r = 0{,}8$, $p = 0{,}000^{**}$). Ceci confirme bien les interconnexions entre ces deux questionnaires qui explorent la même fonction sexuelle (la DE). Le MSQ étudie en plus d'autres domaines.

Association entre l'existence de dysfonctions sexuelles (DS) et les paramètres sociodémographiques, cliniques et fonctionnels

Nous n'avons trouvé aucune association entre les DS et les paramètres sociodémographiques et cliniques (l'âge, le faible niveau d'éducation, le salaire, divorce, la durée d'évolution de la lésion médullaire, l'étiologie, le siège lésionnel, l'ASIA et la spasticité).

De plus aucune corrélation n'a été notée entre la capacité fonctionnelle évaluée par le MIF et les DS.

L'association entre les DS et l'existence de trouble vésico-sphinctérien et ano-réctale était non significative.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude.

n = 30	
Variables	Valeurs
Âge ; année (moyenne ± DS, ET)	41 ± 9,6 ans [23—56]
Situation familiale n (%)	
Célibataire	3 (10)
Marié	23 (76,6)
Divorcé	4 (13,3)
Nombre d'enfant n (%)	
Sans enfants	10 (38,5)
Ayant des enfants	16 (61,5)
Moyenne ET	1,92 [0—5]
Situation professionnelle n (%)	
Travail Manuel (de force)	11(36,7)
Bureautique	7(23,3)
Sans profession	12(40)
Salaire n (%)	
< 300	2(6,7)
300—600	4(13,3)
600—1600	23(76,7)
> 1600	1(3,3)
Niveau d'étude n (%)	
Supérieur	5 (16,7)
Secondaire	19 (63,3)
Primaire	4 (13,3)
Analphabète	2(6,7)
Pratique de sport n (%)	0
Conduite d'un véhicule	7(33,1)
Ancienneté de la lésion médullaire ; année (moyenne ± DS, ET)	3,9 ± 3,02 ans [1—2]
ASIA n (%)	
A	9(30)
C	15(50)
D	6(20)
Siège n (%)	
Dorsal	08(26,7)
Dorsolombaire	11(36,7)
Lombaire	11(36,7)
Etiologie n (%)	
Traumatique	15(50)
Non traumatique	15(50)

Moy : moyenne ; DS : Déviation standard ; ET : écart type ; Min : minimum ; Max : maximum.

Les TVS ne gênaient pas dans la vie sexuelle puisque la majorité des patients signalent que leurs troubles ne gênent pas leur partenaire la nuit et que ces troubles n'étaient pas à l'origine de fuites urinaires lors des relations sexuelles.

Corrélation bivariée entre SHIM, MSQ et SF36, HAD

Nous avons noté une altération de la QDV portant sur tous les items de l'échelle SF-36 qui était plus marquée pour les patients présentant des DS. En effet les sous scores les plus atteints chez ces patients étaient le RE (29,57 ± 10,37), la santé mentale (MH) (33,28 ± 6,24) et le PF (34,15 ± 11,67) (Tableau 3). Le score MSQ était corrélé positivement au sous score des limitations liées à l'état physique (RP) et santé générale (GH) de l'échelle SF36. Ainsi la sexualité était meilleure chez les patients ayant une bonne QDV dans les domaines RP et GH. De même des corrélations positives ont été notées entre la DE évaluée par le SHIM et le domaine RP, la composante mentale MCS et la composante physique PCS de l'échelle SF36. Ceci souligne ainsi l'impact de la DE sur le domaine à la fois physique et mental de la QDV.

Concernant l'état psychologique, nous avons noté des corrélations négatives statistiquement significatives entre MSQ et HAD. Ainsi plus nos patients présentaient des troubles anxio-depressifs plus ils avaient une sexualité altérée (Tableau 4).

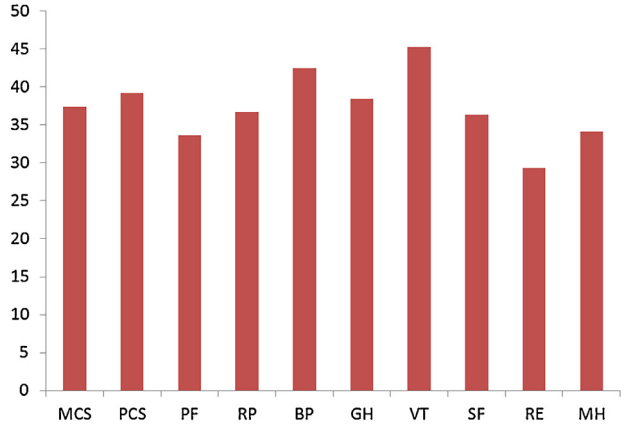

Figure 1. Valeurs de la SF36 ; SF36 : Short—Form 36, RP : limitation dues à l'état physique, RE : limitation due à l'état psychique, BP : douleurs physiques, VT : vitalité, GH : santé perçue, SF : vie et relation avec les autres, MH : la santé psychique, PF : activité physique, PCS : Score de composante physique, MCS : Score de composante mentale.

Tableau 2 Les différents items du score MSQ.

	Moy ± ET [Min—Max]
MSQ total	44,76 ± 13,72 [30—68]
Désir	3 ± 0,8 [2—4]
Séduction	2,07 ± 0,84 [1—4]
Satisfaction	2,46 ± 0,76 [2—4]
Satisfaction partenaire	1,92 ± 0,93 [1—4]
Obtention érection	2,23 ± 0,42 [1—4]
Maintenir érection	2,15 ± 1,04 [1—4]
Full érection	2 ± 0,89 [1—4]
Ejaculation	2,53 ± 0,76 [2—4]
Orgasme	2 ± 0,69 [2—4]
Performance	2,23 ± 0,42 [2,3]

MSQ : Male Sexual Quotient ; Moy : moyenne ; ET : écart type ; Min : minimum ; Max : maximum.

Tableau 3 Association entre les dysfonctions sexuelles (DS) et les différents domaines de la SF36.

SF 36	Dysfonction sexuelle (moy ± DS)	
	Oui	Non
PF	34,15 ± 11,67	35,67 ± 12,43
RP	35,02 ± 5,90	43,87 ± 11,15
BP	42,54 ± 9,17	43,47 ± 8,83
GH	37,71 ± 7,40	40,70 ± 3,14
VT	45,11 ± 5,96	47,30 ± 3,72
SF	36,54 ± 8,59	38,12 ± 5,04
RE	29,57 ± 10,37	29,6 ± 5,66
MH	33,28 ± 6,24	36,80 ± 6,19
PCS	39,26 ± 7,08	41,85 ± 9,98
MCS	37,94 ± 7,92	36,32 ± 4,47

Moy : moyenne ; DS : Déviation standard ; SF36 : Short—Form 36 ; PCS : Score de composante physique ; MCS : Score de composante mentale ; RE : limitation due à l'état psychique ; SF : vie et relation avec les autres ; GH : santé perçue ; VT : vitalité ; RP : limitation dues à l'état physique ; BP : douleurs physiques ; PF : activité physique ; MH : la santé psychique.

Discussion

En neuro-urologie, les DS sont fréquemment observées notamment chez les patients atteints de LM [12].

Dans notre travail, seuls les hommes âgés d'au moins 18 ans étaient inclus. Cette valeur limite d'âge a été utilisée universellement pour des études de ce type car à cet âge le patient peut donner son consentement et il a déjà achevé la période pubertaire [13,14]. Les patients ont été évalués après un délai minimum d'un an depuis la LM puisqu'on a rapporté que la plupart serait stable 6—8 mois après la lésion [15].

La majorité des études évaluant la fonction sexuelle chez les patients atteints de LM utilisait antérieurement des méthodes qualitatives basées sur des questions simples et globales. Actuellement des questionnaires spécifiques tels

Tableau 4 Étude de corrélation entre les scores MSQ, SHIM et les items de SF36 et HAD.

	SF36										HAD D	HAD A
	PCS	MCS	RE	SF	GH	VT	RP	BP	PF	MH		
MSQ												
r	0,35	0,08	0,05	0,24	0,38	0,28	0,54	0,22	0,24	0,33	−0,57	−0,56
p	0,07	0,67	0,77	0,23	0,05[b]	0,16	0,004[a]	0,26	0,23	0,09	0,02[b]	0,03[b]
SHIM												
r	0,47	0,39	0,09	0,11	0,23	0,13	0,72	0,12	0,34	0,017	−0,50	−0,36
p	0,016[b]	0,04[b]	0,66	0,58	0,24	0,5	0,00[a]	0,53	0,08	0,93	0,009[a]	0,06

MSQ : Male Sexual Quotient ; SHIM : Sexual Health Inventory for Men ; HAD : Hospital Anxiety and Depression scale ; SF36 : Short-Form 36 ; PCS : Score de composante physique ; MCS : Score de composante mentale ; RE : limitation due à l'état psychique ; SF : vie et relation avec les autres ; GH : santé perçue ; VT : vitalité ; RP : limitation dues à l'état physique ; BP : douleurs physiques ; PF : activité physique ; MH : la santé psychique, *r* = coefficient de corrélation de Pearson ; *p* = degré de signification.

[a] $p < 0,01$

[b] $p < 0,05$

que le SHIM et le MSQ sont utilisés pour mieux étudier tous les domaines des DS [2].

Pour notre population, parmi les 10 domaines évalués par le questionnaire MSQ, le désir sexuel avait le niveau le plus élevé (question 1) et plus de la moitié des patients avaient un désir sexuel élevé. Ceci confirme l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique.

Dans notre étude les items les plus touchés étaient l'orgasme, l'érection suivie par l'éjaculation. Pour Kieckens [16] certains hommes avec une LM complète décrivent une jouissance perçue comme positive mais différente d'un orgasme ordinaire (sensation de spasmes, de crampes, de tremblements des membres inférieurs, d'accélération du pouls et de rougeur). Un autre type de trouble de l'orgasme qui se manifeste par un allongement du temps du rapport sexuel avec difficulté à aboutir à l'orgasme et à l'éjaculation malgré la bonne excitation.

La littérature a rapporté qu'entre 54 % et 95 % des patients blessés médullaires avaient des érections et que la pénétration était possible chez 5 % à 75 % des patients mais ne préjugeaient de la stabilité de l'érection au cours du rapport sexuel [17,18]. Pour Courtois tous les patients qui avaient des lésions hautes ont des érections reflexes et plus de 90 % des patients avec des lésions basses conservaient des érections psychogènes [19]. Dans notre série les 16 cas avec une DE moyennement sévère à sévère rapportaient une érection reflexe involontaire incontrôlable. Cette érection était de durée brève ne permettant pas d'accomplir un rapport sexuel satisfaisant [20].

Une fois l'équilibration de la fonction érectile est acquise, la demande du patient atteint de LM s'oriente vers une éventuelle restitution d'une éjaculation [16], ce qui fait que les troubles de l'éjaculation constituent le deuxième problème. Dans notre série, ces troubles ont été retrouvés chez tous nos patients avec lésion complète. Néanmoins, l'étude de Miranda et al. a rapporté des problèmes du contrôle éjaculatoire dans 89,4 %, une dysorgasmie dans 74,5 % des cas et une dysfonction érectile dans 67,7 %.

L'éjaculation dépend aussi du niveau lésionnel. En effet la destruction des myélomères sacrés entraîne une éjaculation baveuse non saccadée et une disparition de l'orgasme. La destruction des myélomères sympathiques D11, D12, L1 entraîne la disparition de l'éjaculation [16,17].

Dans notre étude nous n'avons utilisé que des traitements pharmacologiques pour traiter les DS. De larges essais cliniques randomisés ont clairement mis en évidence l'excellente efficacité des IPDE5 chez les patients neurologiques en particulier blessés médullaires [21]. De même l'étude rétrospective de N. Hadji et al. [22] incluant 90 patients blessés médullaires a rapporté l'efficacité des PGE1, indépendamment de la dose administrée, et des IPDE5 à une dose maximale sur la DE. De plus la littérature a rapporté que l'IPDE5 était plus efficace chez les patients ayant une lésion supra-sacrée avec une bonne tolérance à posologie progressive recommandée et en respectant les contre-indications [21,23].

Dans la littérature, le traitement de la DE peut se faire par les injections intra-caverneuse ou les pompes voir les implants péniens ce qui n'est pas le cas de notre population.

Pour les troubles d'éjaculation, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine en particulier la Dapoxétine après obtention de l'AMM constitue un traitement spécifique de l'éjaculation prématurée [24]. L'électrostimulation endorectale et la stimulation vibratoire permettent l'obtention de sperme et donc rendent possible la fécondation lors d'une insémination intra-vaginale ou intra-utérine chez 95 % des patients blessés médullaires [25]. Aucun de nos patients n'a bénéficié de ce type de traitement. Ceci peut être expliqué principalement par des raisons culturelles et religieuses qui font que la sexualité constitue un sujet tabou d'autant plus que le faite de réaliser des interventions directes au niveau des organes génitaux serait très délicat avec un impact psychologique important. C'est pourquoi nos patients préféraient les traitements pharmacologiques aux autres modalités thérapeutiques.

Dans notre étude l'âge, la durée d'évolution, le niveau lésionnel, le divorce, l'état fonctionnel, les troubles vésico-sphinctériens affectaient peu la sexualité de nos patients.

Sale et al. [26] dans une étude multi-variée menée en 2012, ont montré que l'âge ainsi que l'état marital et la continence vésico-anale étaient fortement associés à la satisfaction sexuelle des patients BM et que le niveau lésionnel n'influence pas la vie sexuelle. C'est différences peuvent être expliquées par la méthodologie et les considérations culturelles et religieuses qui font que chez nos patients la sexualité et difficilement abordable et reste refoulée derrière les troubles moteur et vésicosphinctériens qui priment.

Dans notre population, la QDV était altérée par la lésion médullaire en elle-même avec une accentuation de cet impact par l'existence de DS surtout pour l'état psychique RE, la santé mentale MH et la fonction physique PF. La sexualité évaluée par le MSQ était meilleure chez les patients ayant une bonne QDV dans les domaines RP et GH. De même la DE évaluée par le SHIM avait un impact important sur le domaine à la fois physique et mental de la QDV du faite de la présence d'associations significatives entre le SHIM et les items PCS, MCS et RP. Dans la littérature, une altération de la QDV des blessés médullaires a été rapportée [27,28]. Plusieurs travaux ont prouvé que la vie sexuelle affecte lourdement la QDV des patients atteints de LM en causant une souffrance physique et mentale chez les hommes plus que les femmes [26—29]. Cette différence d'impact des DS sur la QDV qui est beaucoup plus marquée dans la littérature pourrait être expliquée encore une fois par notre culture. En effet, les patients sont plus préoccupés par les troubles vésico-sphinctériens ou ano-rectaux qui gênent trop la pratique de leur prière et par les troubles moteurs pourvoyeurs d'handicap qui est très mal vécu dans notre société. Par conséquent ils font négliger les troubles sexuels dans la QDV.

Concernant l'état psychologique, nous avons noté des corrélations statistiquement significatives entre le MSQ et HAD. En effet les conséquences physiques et psychiques de la lésion médullaire entrainent un impact profond sur la sexualité des BM. De même une sexualité altérée engendre une diminution de la confiance et de l'estime de soi, des idées d'infériorité et par conséquent une fragilité psychologique [26].

Certaines limites de notre étude doivent être soulignées :

- -le nombre de notre population est faible ce qui limite la puissance de l'analyse statistique ;
- -l'étude transversale avec une grande variabilité de délai entre la lésion médullaire initiale et l'évaluation. Ce délai

constitue un des facteurs d'adaptation sur le plan sexuel, psychologique et QDV ;
- -le mode de recrutement constitue également un biais que l'on retrouve cependant dans la plupart des études et en particulier les caractéristiques éventuelles des sujets perdus de vue ;
- -la plupart des participants ont eu besoin de l'aide d'un interviewer pour remplir les questionnaires, qui est connu pour être une cause potentielle de fausse déclaration des DS, puisque les participants peuvent minimiser leurs symptômes et leurs limites.

Conclusion

Bien que transversale se portant sur un petit nombre, notre étude a montré une fréquence élevée de DS chez les patients atteints de lésions médullaires notamment tunisiens. Les items les plus touchés étaient l'orgasme, l'érection suivie par l'éjaculation. Les DS étaient associées essentiellement à la QDV et au profil anxio-depressif avec une accentuation de l'altération de la QDV surtout dans les domaines de l'état psychique, la fonction physique, la santé mentale et générale. Cependant compte tenu de la particularité de notre culture et de notre religion, la sexualité reste un sujet tabou et considéré comme secondaire devant les troubles vésicosphinctériens, anorectaux et moteurs pourvoyeurs de handicap social important, ce qui font négliger les DS. Ceci était à l'origine de certaines différences observées avec la littérature surtout concernant les facteurs associés ainsi que l'approche thérapeutique qui reste limitée au traitement pharmacologique par voie orale.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

[1] Ragnasson KT. Medical rehabilitation of people with spinal cord injury during 40 years of academic psychiatric practice. Am J Psychiatr 2012;91(3):231—42.
[2] Miranda EdP, et al. Evaluation of sexual dysfunction in men with spinal cord using the male Sexual Quotient. Arch Phys Med Rehabil 2016;97(6):947—52.
[3] Jonler M, Moon T, Brannan W, et al. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. Br J Urol 1995;75(18):651—5.
[4] Fugl-Meyer AR, Lodnert G, Brânholm I-B, et al. On life satisfaction in male erectile dysfunction. Intern J Impot Res 1997;9(19):1414—8.
[5] Reitz A, Tobe V, Knapp Pa, Schurch B. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. Int J Impot Res 2004;16(2):167—74.
[6] Ku JH, Oh SJ, Jeon HG, Shin HI, Paik NJ, Yoo T, et al. Sexual activity in Korean male patients on clean intermittent catheterization with neurogenic bladder due to spinal cord injury. Int J Urol 2006;13(1):42—6.
[7] Rosen IIEF, Cappelleri RC, Gendrano JCN. The International Index of Erectile Function (IIEF): A state-of-the-science review. Int J Impot Res 2002;14(4):226—44.
[8] Abdo CH. The male sexual quotient: a brief self-administred questionnaire to assess male sexual satisfaction. J Sex Med 2007;4(2):382—9.
[9] Barbin JM, Bilard J, Gaviria M, Ohanna F, Varray A. Functional independence measure in the traumatic paraplegic: Differential study between a sporting and a non sporting group. Ann Réadapt Med Phys 1999;42(6):297—305.
[10] Guermazi M, Allouch C, Yahia M, Huissa TB, Ghorbel S, Damak J, et al. Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 health survey for use in Tunisia. Ann Phys Rehabil Med 2012;55(6):388—403.
[11] Guelfi JD. Échelle d'anxiété et de dépression. HAD.(www.echellespsychiatrie.com; Consulté le 09 décembre 2014).
[12] Giuliano F, Denys P, Soler JM, Chartier-Kastler E, Leriche A, Ruffion A. Male sexual dysfunction and its treatment in neurourology. Prog Urol 2007;17(3):619—21.
[13] Dahlberg A, Alaranta HT, Kautiainen H, Kotila M. Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. J Rehabil med 2007;39(2):152—5.
[14] Post MW, Van Dijk AJ, Van Asbeck FW, Schrijvers AJ. Life satisfaction of persons with spinal cord injury compared to a population droup. Scand J Rehabil Med 1988;30(1):23—30.
[15] Fisher TL, Laud PW, Byfield MG, Brown TT, Hayat MJ, Fiedler IG. Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study. Arch Phys Med Rehabil 2002;83(8):1043—51.
[16] Kieckens C. Lésion post-traumatique et répercussions sur la sexualité. Rev Observ 2003;40:35—8.
[17] Soler JM. Treatment of ejaculation disorders. Ann Readapt Med Phys 2005;48(1):41—2.
[18] Guiliano F, Clement P. Neuroanatomy and physiology of ejaculation. Rev Sex Res 2005;16:190—216.
[19] Courtois FJ, Goulet MC, Charvier KF, Leriche A. Post-traumatic erectile potential of spinal cord injured men: how physiologic recordings supplement subjective reports. Arch Phys Med Rehabil 1999;80(10):1268—72.
[20] Bors E, Commar AE. Neurological disturbance of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury. Urolsurv 1960;10:191—222.
[21] Soler JM, Prévinaire JG, Denys P, Chartier-Kastker E. Phosphodiesterase inhibitors in the treatment of erectile dysfunction in spinal cord-injured men. Spinal Cord 2007;45:169—73.
[22] Hadiji N, Benbouzid R, Previnaire JG, Leblond C, Mieusset R, Enjalbert M, et al. Evaluation of the management of erectile and ejaculatory dysfunction in a series of 90 patients with spinal cord injuries. Prog Urol 2013;(17):1489—93.
[23] Lombardi G, Macchiarella A, Cecconi F, Del Popoplo G. Ten-year follow-up of Sildénafil Usein spinal cord-injured patients with erectile dysfunction. J Sex Med 2009;6:1248—58.
[24] Karsenty G, Marcelli F, Robin G, Huygues E, Rigot JM, Droupy S, et al. Drugs for sexual medicine. Prog Urol 2013;23(16):1455.
[25] Kafetsoulis A, Brackett NL, Ibrahim E, Attia GR, Lynne CM. Current trends in the treatment of infertility in men with spinal cord injury. Fertil Steril 2006;86(4):781—9.
[26] Sale P, Mazzarella F, Pagliacci MC, Agosti M, Felzani G, Franceschini M. Predictors of changes in sentimental and sexual life after traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2012;93(11):1944—9.
[27] Chang F-H, Wang Y-H, Jang Y, Wang C-W. Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: application of the international classification of functioning disability and health model. Arch Phys Med Rehabil 2012;93(12):2264—70.
[28] Denise, et al. Differences in quality of life outcomes among depressed spinal cord injury trial, participants. Arch Phys Med Rehabil 2015;96(2):340—8.
[29] Reitz A, Tobe V, Knapp PA, Schurch B. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. Int J Impot Res 2014;16(2):167—74.