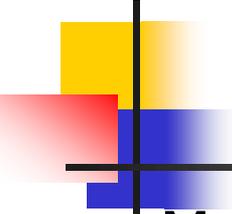




Abus sexuels et troubles pelvi périnéaux

L.Wiart



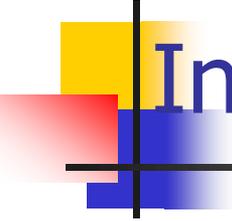
Cas clinique 1

- Mme D 54 ans : IUE et syndrome d'hyperactivité vésicale, constipation, et dyspareunie associées à un sd anxio dépressif avec sentiment de culpabilité ++
- Début au décours de l'agression sexuelle de sa petite fille
- Examen clinique : confirme l'IUE
- BUD : normal
- Traitement anticholinergique puis tricyclique, TOT pour l'IUE
- Entretiens psychothérapeutiques : dévoilement abus sexuels dans l'enfance par mari de sa nourrice/contexte d'isolement affectif
- Evolution : disparition des TVS, de l'anxiété, et des douleurs périnéales. Mise en évidence troubles sexuels...du conjoint.



Cas clinique 2

- Mr L, 32 ans, énurésie secondaire, baisse de la libido dans un contexte de harcèlement professionnel. Ex clinique et BUD:N
- Syndrome anxio dépressif sévère, culpabilité
- Traitement antidépresseur+desmopressine
- Entretiens psychothérapeutiques individuels et familiaux : abus de 12 à 16 ans par garçon ami de la famille+isolement affectif (père absent, mère inaffective, elle-même victime d'abus)
- Amélioration très nette de l'énurésie et de la libido, amélioration partielle des troubles psychologiques



Introduction : paradoxes « étonnants »

- Sujet sociétal, judiciaire, médiatique/ sujet tabou au niveau individuel, familial et institutionnel
- Symptômes PP corporels proches de la sphère sexuelle/ abus sexuels non évoqués
- Séquelles d'abus souvent non pris en charge/ prise en charge souvent efficace
- Pourquoi? chez les patients : honte, culpabilité, chez les soignants : peur, gêne, déni, en fait surtout méconnaissance



Définitions et législation

- Abus sexuel, maltraitance sexuelle : tout acte à caractère sexuel imposé à une personne en situation de fragilité (exhibition, humiliations, attouchements...)
- Viol : abus sexuel avec pénétration
- Risque pénal : 5 à 20 ans pour l'abuseur et 5 ans pour l'absence volontaire de signalement par le soignant...
- Inceste : rapport consentis entre proches parents (non punis si entre adultes ou entre mineurs de moins de 16 ans)



Epidémiologie

- Syndrome d'hyperactivité vésicale : env 5% des femmes, douleurs pelviennes : 4%, intestin irritable : 3% de la population
- Abus sexuels :
 - 10 à 15% des enfants
 - filles dans 80%
 - 45% avant l'âge de 9 ans
 - par un proche dans 80% des cas
 - avec pénétration dans 1 à 5% des cas
- **Association abus sexuels/symptômes somatiques : 30% des cas**



Hypothèses physio/psychopathologiques

- Cause : stress psychologiques et physiques intenses et répétés dans l'enfance + contexte fragilité et isolement affectif
- Conséquences : altérations du développement neuronal et psychiques avec réduction de l'inhibition vésicale, intestinale, pelvienne et manifestations psychologiques



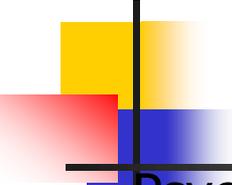
Clinique :

- Syndrome d'hyperactivité vésicale, cystalgies, dysurie, énurésie
- Douleurs périnéales ou sus pubiennes
- Troubles sexuels : dyspareunie, anorgasmie, réduction ou augmentation de la libido
- Intestin irritable, constipation opiniâtre..
- Douleurs appareil locomoteur chroniques, fibromyalgies, céphalées chroniques
- Syndrome anxio dépressif, défaut d'estime de soi, sentiments de culpabilité de dévalorisation, conduites addictive...



Bilan

- Ecbu, échographie avec RPM
- BUD (support thérapeutique)
- Bilan psychologique : humeur, idéation, comportement, interactions, **antécédents traumatiques**



Prise en charge à 3 niveaux :

■ Psychologique :

- Instaurer un lien de confiance (alliance thérapeutique), expliquer, rassurer sur la nature fonctionnelle des troubles et la possibilité de traitements
- Evoquer la possibilité d'un lien avec des traumatismes de l'enfance
- Mettre en place une pec non médicamenteuse :
 - soutien psychologique et suivi régulier des symptômes
 - suivi spécialisé : sexologique (hypnose, emdr...), thérapie individuelle, thérapie familiale ou de couple...

■ Médicamenteuse :

- Traitements symptomatiques : anticholinergiques, alphabloquants, tricycliques, Urostim
- Traitements psychotropes : antidépresseurs, anxiolytiques, thymorégulateurs

■ Sociale (si nécessaire) :

- Contact avec associations de victimes, information sur les droits
- Dépôt de plainte possible mais à discuter au cas par cas



Conclusions, à retenir :

- Connaître la réalité et la fréquence des abus sexuels dans l'enfance et leurs conséquences pelvi périnéales et psychologiques
- Les évoquer systématiquement en cas de troubles pelvi périnéaux non organiques
- Les traiter par une prise en charge multidisciplinaire : psychologique, sexologique, médicamenteuse et éventuellement sociale



Références

- JJ Labat et coll, Rapport de la Sifud : Pathologie périnéale et abus sexuels. 23^o congrès de la Sifud, Nîmes 1999
- JJ Labat et coll, Dossier Thématique : Les Abus sexuels. Pelvipérinéologie, 1; 3, 2006