

DYSFONCTIONS SEXUELLES : AU-DELÀ DU TROUBLE ÉRECTILE

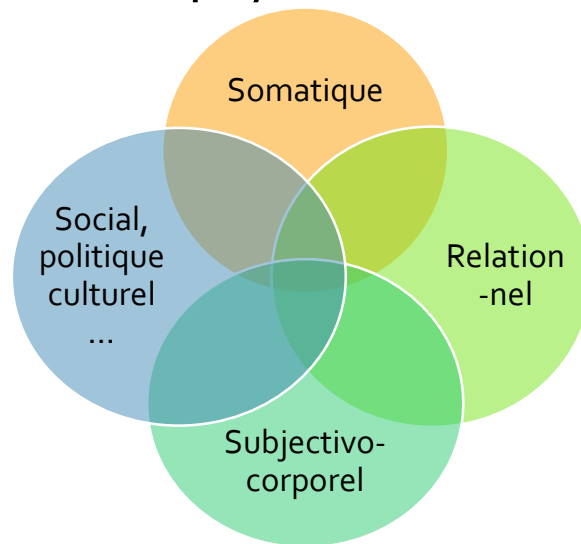
Experte : Dre Anne-Virginie Butty

Animatrice : Dre Sara Arsever

Plan

- Sexologie générale
- Approche d'une dysfonction sexuelle :
 - La dysfonction érectile
 - Le trouble du désir
- Take home messages

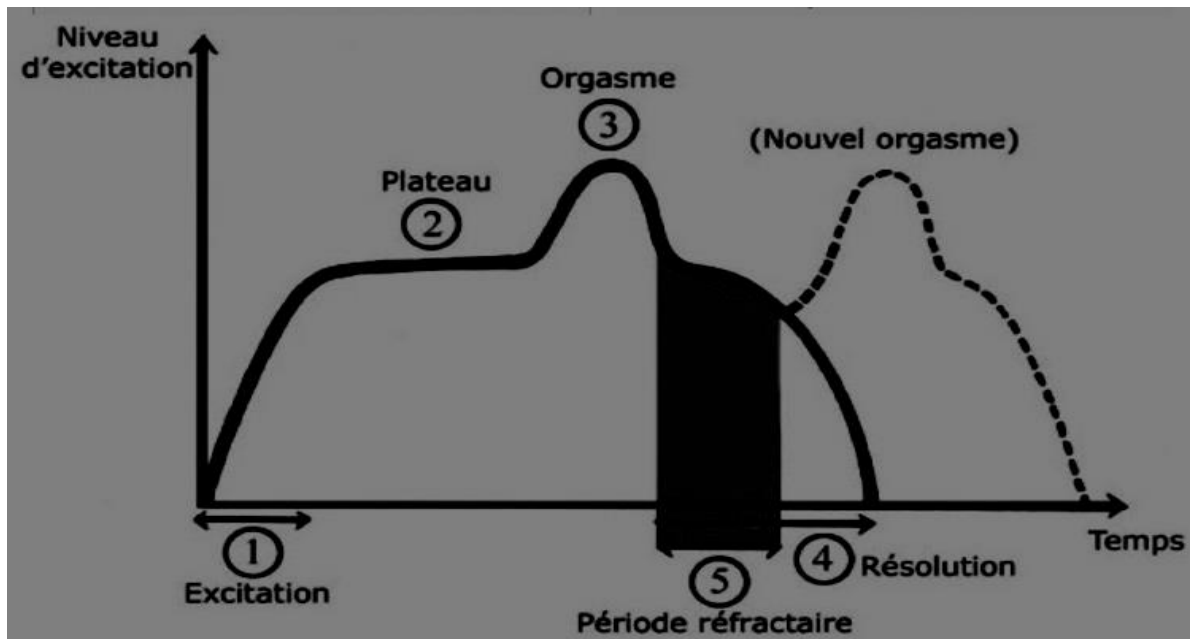
Sexualité : model bio-psycho-social



La Sexologie

• Dysfonctions sexuelles F52

- Paraphilies F65
- Dysphorie de genre F64.1



Dysfonctions Sexuelles

Trouble du désir:

- hypo/hyper désir

Trouble de l'excitation:

- tr. érectile, tr. lubrification

Trouble de l'orgasme:

- tr. de l'éjaculation, anorgasmie

Vaginisme

Dyspareunie

Selon CIM-10

F52 Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique

- Le sujet est incapable d'avoir une relation sexuelle comme il ou elle le souhaiterait.
- La perturbation se manifeste fréquemment, mais peut être absente dans certaines situations.
- La perturbation persiste au moins 6 mois
- La perturbation n'est pas entièrement attribuable à un autre trouble mental ou à un trouble du comportement décrits dans la CIM-10, à un trouble physique (par ex. tr. Endocrinien ou médicamenteux).

Prévalence

Femmes:

- 27.2% (18-44 ans)
- 44,6% (45-64 ans)
- 80,1% (>65 ans)
- Shifren JL 2008 USA

Hommes:

- 42% (40-80 ans)
- (Simons et al 2001)

Santé sexuelle

Selon l'OMS 2002

- « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

Monsieur P

- Patient de 62 ans qui consulte parce qu'il a un problème d'érection depuis 1 an.
- Tabagisme à 30 UPA, HTA traitée, dyslipidémie sous mesures diététiques, trouble dépressif.
- Consommation d'alcool : 2-3U par jour, parfois plus notamment le week-end. Pas de sport car souvent mal aux genoux et au dos.

Monsieur P (suite)

- En couple avec un homme depuis 15 ans. Relation décrite comme "stable" et normale avec ses hauts et ses bas.
- Il travaille comme indépendant (fiduciaire).
- Traitement : Co-Lisinopril 20/12.5mg 1x/j., Metoprolol 50mg 1x/j., Escitalopram 20mg 1x/j

Comment abordez-vous cette plainte ?

Anamnèse sexuelle généraliste

Les 5 P (Savoy et Brown-James, 2020; Wahlen et al, 2020)

Partenaire(s) :

Partagez-vous votre vie avec quelqu'un ? Souhaitez-vous m'en dire un peu plus sur cette personne ?
Avez-vous des rapports sexuels avec d'autres personnes ? Des hommes, des femmes, les deux ?

Pratiques :

Quels type de rapport sexuels pratiquez-vous ? Pratiquez-vous le sexe oral ? Anal ?

Passé et protection : antécédent d'infection sexuellement transmissible

Avez-vous déjà été diagnostiqué pour une infection sexuellement transmissible ?
Que faites-vous pour prévenir une infection sexuellement transmissible ou le VIH ?

Plan de grossesse :

Souhaitez-vous être enceinte ? Souhaitez-vous que votre partenaire soit enceinte ?
Que faites-vous pour vous protéger d'une grossesse ?

Plaisir et permission :

Êtes-vous satisfait·e de votre vie sexuelle ?

Comment se sont passés les rapports sexuels que vous avez eu récemment ? Avez-vous eu des rapports sexuels qui n'était pas souhaité ?

Anamnèse sexuelle généraliste

Les 5 P (Savoy et Brown-James, 2020; Wahlen et al, 2020) (sera pratiqué dans l'atelier de 10 heures)

Partena

Part
Ave

Pratiqu

Que

Passé e

Ave
Que

Plan d

Sou
Que

Plaisir et

Êtes-vous satisfait·e de votre vie sexuelle ?

Comment se sont passés les rapports sexuels que vous avez eu récemment ? Avez-vous eu des rapports sexuels qui n'était pas souhaité ?

Traité en 3^{ème} heure
« atelier anamnèse sexuelle »

Comment débiter dans la démarche diagnostique ?

3 étapes :

1. Evaluer si cela correspond à une dysfonction sexuelle (définition DSM-IV ou V ou CIM-10)
2. Evaluer si 1aire / 2aire et situationnel/généralisé
3. Evaluer s'il y a d'autres dysfonctions associées (plainte cachée?)

Première étape

Définition dysfonction érectile (DSM V) (traduction libre)

A. Au moins un des trois symptômes doit être présent dans toutes ou presque toutes (environ 75 à 100%) les occasions d'activité sexuelle (dans le contexte précis si situationnel, dans tous les contextes si généralisé)

1. Difficulté marquée d'obtenir une érection durant l'activité sexuelle
2. Difficulté marquée de maintenir une érection jusqu'à la fin de l'activité sexuelle
3. Diminution marquée de la rigidité de l'érection

B. Les symptômes du critère A persistent pour une durée minimale de 6 mois

C. Les symptômes du critère A causent une détresse significative

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychique non sexuel ou comme une conséquence d'une détresse relationnelle sévère ou d'autres facteur de stress significatifs et n'est pas attribué aux effets d'une substances / médication ou un autre problème médical

Deuxième étape

Primaire vs secondaire ?

- Primaire = a toujours été présent
- Secondaire = est survenu dans un deuxième temps

Situationnel ou généralisé ?

- Trouble érectile présent dans certaines situations (-> situationnel)
- Trouble érectile présent dans toutes les circonstances (-> généralisé)

Troisième étape

Evaluer si il y a d'autres dysfonctions sexuelles (plainte cachée)

- Trouble du désir (hypo/hyper désir)
- Trouble de l'orgasme (tr.de l'éjaculation, anorgasmie)
- Vaginisme
- Dyspareunie

Monsieur P (suite)

1. Dysfonction érectile : remplit certains critères, mais reste la possibilité d'une cause somatique, psychique ou toxique

2. Secondaire (présent depuis environ 1 an)

Plutôt généralisé : Constatait au début des érections matinales, mais plus depuis quelques mois. Présence de trouble érectile lors de tous les rapports, mais rapport uniquement avec son partenaire actuel, plus de masturbation depuis quelques mois, donc n'a pas pu tester l'érection dans cette situation

3. Autre dysfonction ?

- Ne décrit pas de trouble du désir à proprement parlé, même si décrit avoir de moins en moins envie de se lancer dans des rapports sexuels, ce qu'il lie plutôt à la dysfonction érectile
- N'a plus eu d'orgasme depuis un moment, mais le lie au trouble érectile rendant les rapports compliqué
- Pas de douleur pendant les rapports

Facteur pouvant causer des troubles érectiles

- **Âge !!!**
- Maladies cardio-vasculaires (**HTA**, diabète, athérosclérose, obésité)
- Troubles neurologiques
- Troubles endocriniens (hypogonadisme, imprégnation oestrogénique...)
- Maladies respiratoires (SAOS...)
- Troubles urologique
- Chirurgie
- Traitements iatrogéniques (radiothérapie...)
- Certains médicaments (**antiHTA**, **antidépresseurs**, antipsychotique, hormonothérapie...)
- **Substances**

Autres causes

- **Personnelles** : **anxiété de performance**, apprentissage, CAS, pornographie imaginaire érotique pauvre ou absente, polarité très émotionnelle
- **Psychiatriques** : **dépressions**, anxiété, burn-out, dysphorie de genre, paraphilies, génitophobie.
- **Relationnelles** : conflits de couples, routine, peur de l'engagement affectif, désir hyperactif chez l'autre, sexualité exclusivement tournée vers le désir d'enfant.
- **Environnemental** : stress, fatigue, étape de vie, deuils.

Plus en détail pour les médicaments

- Antidépresseurs ayant le moins d'effets néfastes sur la sexualité :
Bupropion et Agomélatine < Mirtazapine, Moclobémide, Trazodone
- Antipsychotique ayant le moins d'effets néfastes sur la sexualité :
Aripiprazol, Quétiapine, Olanzapine
- AntiHTA des mieux aux pires : Sartans < Anticalciques,
Furosémide < IEC < antag. Aldostérone < B-bloquants/HCT

Monsieur P (suite)

Dysfonction érectile d'origine multifactorielle

- Âge
- HTA, tabagisme, dyslipidémie
- Traitement (bbloquant, antidépresseur)
- Troubles endocriniens ?
- Consommation d'alcool à risque
- Dépression
- Autre ???? (stress ? Relation de couple ?)

Quelle prise en charge pour ce patient ?

Examens complémentaires

- Labo : FS, tests hépatiques, Glycémies, cholestérol, PSA, TSH, év. Testostérone, FSH, LH, prolactine
- Evaluation état anxio-dépressif (HAD, Beck etc...)
- Bilan cardiologique ECG, test d'effort

Monsieur P (suite)

Dysfonction érectile d'origine multifactorielle

- Âge
- HTA, tabagisme, dyslipidémie -> ECG sp, test d'effort négatif
- Traitement (bbloquant, antidépresseur)
- Troubles endocriniens -> non identifié
- Consommation d'alcool à risque
- Dépression -> stable, HAD 8 = moins que lors de la dernière évaluation
- Autre ????? (stress ? Relation de couple ?)

Que proposez-vous à Mr P ?

Traitement dysfonction érectile

- En fonction de la cause !!!
- Sildenafil (viagra) → 1h avant RS et à jeun. 25-100mg 1/2 vie 3-5h
- Tadalafil (cialis) → 30min. À 30h avant le RS. 2,5mg-5mg 1x/j ou 10-20mg à la demande. Indépendant des repas. 1/2 vie 17h
- Vardénafil (levitra) → 10-20mg 25-60min. Avant le RS. Indépendant des repas.
- Bilan cardio préalable?
- CI : Poppers ET nitrés

Traitement dysfonction érectile (suite)

- Injection intra-caverneuse de prostaglandine (Caverject)
- Injection intra-urétral de prostaglandine (MUSE)
- Vacuum
- Implants péniers

Monsieur P (suite)

- Impression de corrélation temporelle entre l'introduction du beta-bloquant et du début du trouble érectile.
- En accord avec Monsieur P, vous tentez une mise en suspend du traitement et proposez de le revoir dans 6 semaines
- Pas d'autre traitement dans un premier temps

Monsieur P (suite)

- Vous revoyez Monsieur P à 6 semaine. Il a bien stoppé le traitement de bêtabloquant. Il a remarqué plusieurs matin qu'il se réveillait avec des érections. Cependant, les rapports sexuels restent compliqués...
- Lorsque vous creusez, il vous relate qu'il s'est rendu compte qu'il n'avait plus de désir sexuel, et qu'il fuyait les moments intimes avec son partenaire, par honte et par peur de le blesser.

Comment abordez-vous la question ?

Comment débiter dans la démarche diagnostique ?

3 étapes :

1. Evaluer si cela correspond à une dysfonction sexuelle (définition DSM-IV ou V ou CIM-10)
2. Evaluer si 1aire / 2aire et situationnel/généralisé
3. Evaluer s'il y a d'autres dysfonctions associées (plainte cachée?)

1^{ère} étape

Définition trouble du désir hypoactif (homme) (DSM V) (traduction libre)

A. Absence ou manque persistante ou récurrente de pensée sexuelle / érotique et de désir d'activité sexuelle. L'évaluation du manque est faite par le/la médecin en prenant en compte des facteurs qui affectent la fonction sexuelle, comme l'âge ou le contexte générale (socio-économique, contexte de vie...)

B. Les symptômes du critère A persistent pour une durée minimale de 6 mois

C. Les symptômes du critère A causent une détresse significative

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychique non sexuel ou comme une conséquence d'une détresse relationnelle sévère ou d'autres facteur de stress significatifs et n'est pas attribué aux effets d'une substances / médication ou un autre problème médical

2^{ème} étape

Primaire ou secondaire ?

- Depuis quand ?

Situationnel ou généralisé ?

- Masturbation ?
- Perte de désir envers le/la partenaire, envers les autres, de manière générale ?

3^{ème} étape

- Autre dysfonction ?

- Trouble érectile associé : quelle est la poule ? Quel est l'œuf ?

Causes du trouble du désir

Somatiques

- Maladies chroniques / douleurs chroniques par ex. pathologies neurologiques, hormonales etc.
- Chirurgies et modifications de l'image corporelle
- Cancers
- Médicaments en particulier les contraceptifs
- Consommation de substances
- Dysparéunie et **autres troubles sexologiques** par ex. tr.du plaisir sexuel, anorgasmie, vaginisme
- Traitement de l'infertilité /FIV etc...

Causes du trouble du désir

- **Psychiatriques** : **dépression**, anxiété, burn-out, dysphorie de genre, paraphilies
- **Personnelles** : apprentissage, trauma, faible estime de soi, imaginaire érotique pauvre ou absent
- **Relationnelles** : **conflits de couples**, routine, peur de l'engagement affectif, désir hyperactif chez l'autre, sexualité exclusivement tournée vers le désir d'enfant
- **Environnemental** : stress, fatigue, étape de vie, deuil

Mr P

- Dans l'anamnèse, il ressort qu'il y a un an, il a découvert que son partenaire avait repris une relation régulière avec un ex. Depuis, il n'a plus de désir pour son partenaire, bien que cette relation se soit finie.
- Il conservait du désir sexuel pour d'autre personne, mais suite à l'apparition de la dysfonction érectile, il a développé une grande anxiété (de performance) lui coupant tout désir sexuel

Monsieur P (suite)

- 1. Trouble du désir:** rempli tout les critères
- 2. Secondaire** (présent depuis environ 1 an)
Était situationnel (conflit de couple), puis s'est généralisé (anxiété de performance secondaire à la dysfonction érectile)
- 3. Autre dysfonction ?**
 - Dysfonction érectile

→ Indication à une sexothérapie pour le trouble du désir

Take home messages

- Les dysfonctions sexuelles ont souvent des causes multiples (penser de manière globale)
- Une anamnèse sexuelle avec les 5P est une bonne base pour aborder la sexualité
- Pour faire le tri face dysfonction sexuelle, approche en 3 temps
 - 1 : compatible avec la définition d'une dysfonction sexuelle
 - 2: évaluer si primaire / secondaire ET situationnel / généralisé
 - 3: rechercher d'autres dysfonctions associées
- Si problématique sexologique, indication à relais spécialisé... le reste peut en grande partie être fait par le / la médecin de premier recours