



medix

romandie

“ Pour une médecine coordonnée et pertinente ”

Cercle Qualité

16 novembre 2021

<https://us02web.zoom.us/j/6043430136?pwd=QUc1VXB2Q3I2dzRvL1lFQk9DcWVkdz09>

Code : 070720



Symptômes sexuels au cabinet

Expert: Dre Anne-Virginie Butty

Animateurs: Dr Sascha Pfaender et Dr Tim Wullemin

Cas 1:

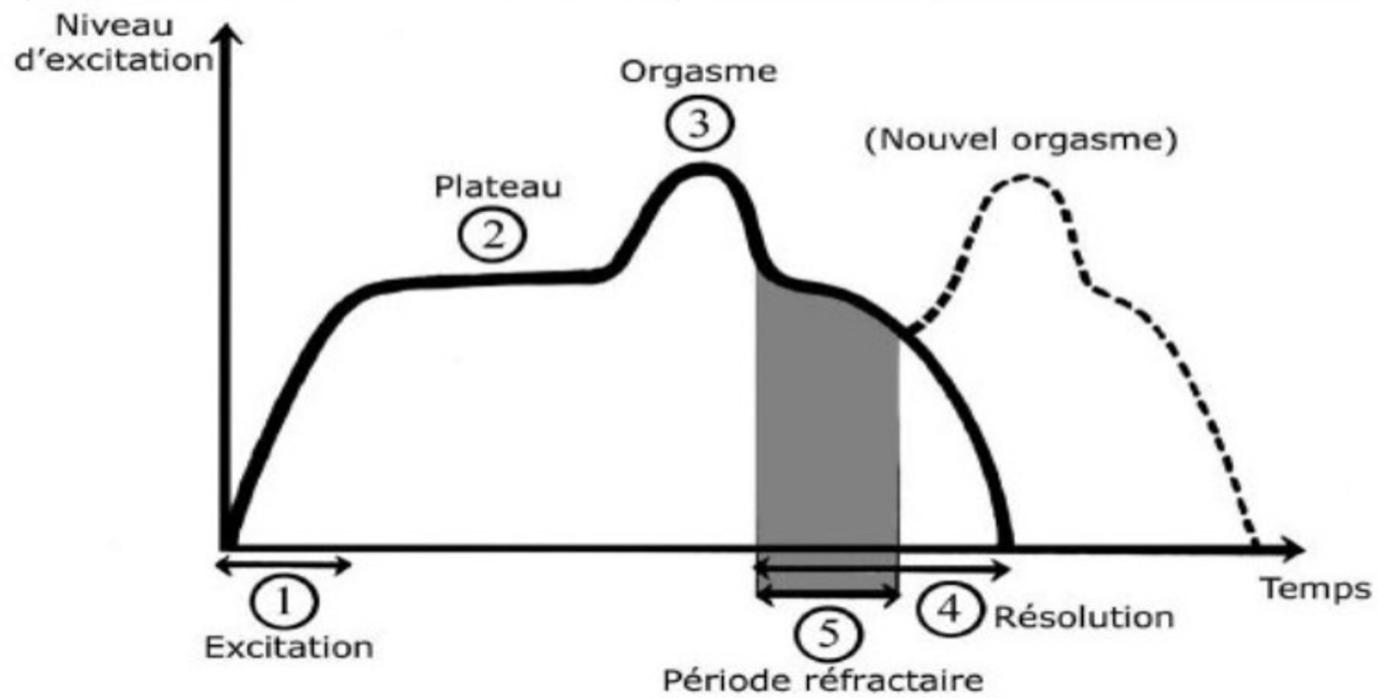
- Jeune femme de 38 ans, qui consulte pour une asthénie depuis quelques mois.
- Grand stress lié à sa situation professionnelle et à celle de son mari. Depuis quelques semaines, baisse du désir sexuel qui l'inquiète beaucoup.
- Cadre dans une entreprise, en couple depuis 5 ans, sans enfant mais désir d'en avoir ces prochaines années.

Cas 1 :

- Connue pour hypothyroïdie substituée par Euthyrox 75ug 1x/j.
- Sous CO par Cerazette depuis 5 ans, avec règles occasionnelles depuis le début du traitement (environ 1x/3 mois, 2-3 jours).
- Consommation de tabac 6 cigarettes par jour. Pas d'alcool ni d'autres substance. Régime alimentaire varié. Très sportive (fitness, course à pied)

Comment débiter dans la démarche diagnostique ?

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



Critères de diagnostique - trouble du désir sexuel (DSM-V)

- A. Déficience ou réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle qui se manifeste par au moins trois des symptômes suivants :
- 1) Absence/diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle,
 - 2) Absence/diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantasies imaginatives,
 - 3) Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle,
 - 4) Absence/diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100 %) les situations de rencontres sexuelles (dans des contextes situationnels identifiés ou, si de type généralisé, dans tous les contextes),
 - 5) Absence/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels/érotiques, internes ou externes (p. ex. écrits, verbaux, visuels),
 - 6) Absence/diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100 %) les rencontres sexuelles (dans des contextes situationnels identifiés ou, si de type généralisé, dans tous les contextes).
- B. Les symptômes du critère ci-dessus persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
- C. Les symptômes du critère ci-dessus provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
- D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation (p. ex. violence du partenaire) ou par d'autres facteurs de stress significatifs et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

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

Cas 2 :

- Patient de 62 ans qui consulte parce que les rapports sexuels sont de moins bonne qualité
- Depuis un certain temps, avec des érections rares, qui ne durent pas longtemps.
- Tabagique 30 UPA, obésité de classe I, HTA traitée, dyslipidémie sous mesures diététiques, pré-diabète, SAS modéré non appareillé (C-PAP mal supportée), 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.

Cas 2 :

- En couple avec un homme depuis 15 ans, de 8 ans plus jeune que lui. Relation décrite comme “stable”. Travaille comme indépendant (fiduciaire).
- Traitement : ASA cardio 100mg/j., Co-Lisinopril 20/12.5mg 1x/j., Metoprolol 50mg 1x/j., Escitalopram 20mg 1x/



Critères de diagnostic - dysfonction érectile (DSM-V)

- A. Au moins un des trois symptômes suivants doit être éprouvé dans presque toutes ou toutes les occasions (approximativement 75-100 %) d'activité sexuelle avec un partenaire (dans des contextes situationnels identifiés ou, si de type généralisé, dans tous les contextes) :
 - 1) Difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle.
 - 2) Difficulté marquée à parvenir à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel.
 - 3) Diminution marquée de la rigidité érectile.
- B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
- C. Les symptômes du critère A provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
- D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Causes de 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



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, Quiétapine, Olanzapine
- AntiHTA des mieux aux pires : Sartans < Anticalciques, Furosémide < IEC
< antag. Aldostérone < B-bloquants/HCT

Examens complémentaires

- Labo : FS, tests hépatiques, Glycémies, cholestérol, PSA, TSH, év. Testostérone, FSH, LH, prolactine
- Bilan cardiologique ECG, test d'effort

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

Traitement Dysfonction érectile

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

Traitement

- 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?

Cas 3 :

- Jeune patient de 20 ans étudiant en économie. Vient car stress et fatigue avant les examens.
- S'inquiète car ses rapports sexuels ne durent pas plus que quelques minutes, car ne peut retenir l'éjaculation. Il dit avoir peur de décevoir sa partenaire car reproches dans le passé.
- BSH sans traitement. Pas d'ATCDs chirurgicaux. Consommation occasionnelle de cannabis, alcool.
- En couple depuis 6 mois avec étudiante de son âge.

Définition éjaculation précoce en sexologie corporelle

- Ejaculation Préaturée = sur verge molle
- Ejaculation Précoce = <1min. et/ou < 20 va et viens
- Ejaculation Rapide = 1-3 min. et/ou 20-30 va et viens

Critères de diagnostique éjaculation prématurée et précoce (DSM-V)

- A) Trouble de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec une partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale, et avant que la personne ne souhaite éjaculer.
- N.B. : Bien que le diagnostic d'éjaculation précoce puisse s'appliquer aux sujets ayant des activités sexuelles non vaginales, le critère spécifique de durée n'a pas été établi pour ces activités.
- B) Le symptôme du critère A doit être présent depuis au moins 6 mois et être éprouvé par la personne dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100 %) les occasions d'activité sexuelle (dans un contexte situationnel identifié ou, si de type généralisé, dans tous les contextes).
- C) Les symptômes du critère A provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
- D) La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou comme la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Causes d'éjaculation précoce

- 1^{ère} plus souvent sexologique, génétique ?
hyposensibilité 5HT, hypersensibilité du gland...
- 2^{ème} : prostatite, iatrogénie,
drogues/médicaments, sy. douleur pelvienne
chronique, dysthyroïdie, cause psychologique ou
relationnelle

Traitement

- Traitement de la cause
- Sexothérapie
- Dapoxétine (priligy) 30-60mg à la demande
- Paroxétine 5mg en continu ou 10mg à la demande (1 h avant)
- EMLA
- Stop and Go, squeezez ...

Cas 4 :

- Femme de 55 ans en BSH, avec pollakiurie, brûlures mictionnelles depuis 3 jours.
- Depuis environ 1 an, douleurs dans la région vaginale lors des rapports sexuels et parfois démangeaisons.
- BSH, pas de médicaments, pas d'allergies.
- Ménopause à 50 ans, sans substitution hormonale. Parfois bouffées de chaleur.
- Dernier examen gynécologique il y a un an sp mais elle a oublié de parler de ces symptômes à l'époque car pensait que cela allait passer.
- Vie de couple décrite comme épanouie. Libido semble sp. Partenaire sans symptômes.

Critères de diagnostique – Dysparéunie (DSM-V)

- A. Difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants :
 - 1) Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle.
 - 2) Douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration.
 - 3) Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale.
 - 4) Tension ou crispation marquées de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale.
- B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
- C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.
- D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation (p. ex. violence du partenaire) ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Causes de dysparéunie

- Somatique très variées et multiples !!!
- Infection, lichen, atrophie post ménopause ...
- Endométriose etc.
- Sexologique : contracture des muscles pelviens pour diverses causes.

Traitement

- De la cause !
- Sexothérapie quand causes sexologiques

Quelques pistes pour aborder le sujet

- Anamnèse et Bilan lors de la 1ère consultation :
 - Habitudes/Dépistages : comportements sexuels à risque? Contrôles gynécologique régulier ?
Dépistage Ca Prostate ?
 - FRCV (si mal contrôlés entraînent tous à la longue des dysfonctions sexuelles)
 - Vaccins : HBV, HPV
 - A.Sociale: vie de couple ? Orientation sexuelle? Identité sexuelle ?
- A/S: dans U/G : Avez-vous des questions concernant la sexualité ? Comment se passe votre sexualité? Êtes-vous satisfait-e de votre sexualité?
- Comorbidité: HBV et HIV autres IST. Fausses couches/interruption de grossesse. Intervention chirurgicale. Maladies cardio-vasculaires
- Avant d'effectuer une prescription de traitement ayant des effets 2° sur la Fonction sexuelle.
- Selon les plaintes apportées par le patient.

Références

- Brochures sexocorporel Académie du Sexocorporel Desjardins inc.
- Cours CAS en sexologie clinique 2013-2015
- Cahier CEReS
- AIHUS 2010
- <https://www.urofrance.org>
- DSM-V



Contact

Dre Anne-Virginie Butty

Merci !

Pour toute question au sujet de mediX romandie

secretariat@medix-romandie.ch

M. Pierre Nicollier
Directeur administratif
pierre.nicollier@medix-romandie.ch
079 220 52 27

Prof. Jean-Michel Gaspoz
Directeur médical
jean-michel.gaspoz@medix-romandie.ch