

Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5^{ème} année de médecine

Année universitaire : 2019-2020

Les troubles sexuels

Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)

I / Introduction

La sexologie s'est développée à partir des années cinquante avec les travaux de Kinsey sur le comportement sexuel humain, puis dans les années soixante dix avec les travaux de Masters et Johnson sur la physiologie sexuelle. A partir de 1980, une véritable révolution thérapeutique est née avec les recherches de Virag sur le traitement intracaverneux des troubles de l'érection et de Kaplan sur les psychothérapies brèves.

II / Physiologie

Masters et Johnson divisent les réponses sexuelles en 4 phases : la phase d'excitation, la phase de plateau, la phase orgasmique et la phase résolutive. Ces quatre phases sont précédées par la phase du désir sexuel.

1. Phase du désir

Le désir surgit d'une pulsion latente au cours de manipulations érotiques adéquates (excitation sensorielle par exemple) et permet les premiers changements physiologiques de la phase d'excitation.

Chez l'homme et chez la femme, l'intensité du désir est liée aux androgènes et à la relation entre les partenaires.

Chez la femme, les androgènes sont sécrétés par les surrénales et les ovaires avec un pic préovulatoire.

Chez l'homme le désir sexuel n'obéit à aucun surdosage hormonal (mais il doit y avoir une imprégnation androgénique suffisante).

2. Phase d'excitation

Elle s'accompagne de sensations subjectives de plaisir avec des modifications physiologiques.

Chez la femme, il y a une lubrification vaginale.

Chez l'homme, il y a une mise sous tension de la verge ; chez les deux sexes, il y a une augmentation du rythme cardiaque, de la tension artérielle et de la fréquence respiratoire.

3. Phase en plateau

Chez la femme, il ya augmentation du 1/3 externe du vagin et une élévation de la taille de l'utérus. Chez l'homme, l'érection devient plus importante.

4. Phase orgastique

L'orgasme a de fortes ressemblances chez les deux sexes. Il y a une décharge massive d'ocytocine et endorphine.

Chez la femme, il y a une contraction du 1/3 externe de l'utérus, du vagin et du petit bassin.

Chez l'homme, il ya une éjaculation, avec sécrétion des vésicules séminales.

5. Phase de résolution

Elle apporte un sentiment global de détente.

Chez l'homme, s'installe une période réfractaire qui peut durer de quelques minutes à plusieurs heures. Sa durée dépend de l'âge du sujet, du partenaire et de l'importance du désir.

Chez la femme, cette période n'existe pas. La femme peut répondre immédiatement à une nouvelle stimulation sexuelle.

III / Classification des troubles

Le DSM-5 propose une classification en fonction des différentes phases du déroulement de l'acte sexuel. Il propose également 9 catégories de paraphilies ou perversions sexuelles (trouble voyeurisme, trouble exhibitionnisme, trouble frotteurisme, trouble masochisme sexuel, trouble sadisme sexuel, trouble pédophilie, trouble fétichisme, trouble transvestisme et autre trouble paraphilique spécifié) en plus du trouble paraphilique non spécifié.

IV / Examen clinique

Il existe plusieurs difficultés à résoudre lors d'un examen clinique en sexologie :

- Le malaise et la gêne, non seulement du médecin, mais aussi du patient à parler de la sexualité. En effet, il existe une certaine honte et réserve de parler de la sexualité.
- La méconnaissance de la sémiologie et de l'anatomie ou des termes permettant d'exprimer les troubles et d'analyser la symptomatologie.
- Le fait que le thérapeute et le patient sont parfois de sexe différent, ce qui complique la relation thérapeutique.

Il ne faut pas oublier que le patient n'arrive pas souvent à surmonter ces difficultés et à s'exprimer en termes clairs sur sa sexualité ; il faut souvent des allusions par exemple : froideur des jambes, fatigue surtout le soir, douleurs du bas ventre.

L'examen doit se dérouler en 3 étapes :

1. Examen proprement dit au cours duquel il faut rechercher le début des troubles, leur modalité d'installation ou de déclenchement. Ces troubles doivent être intégrés dans la vie affective et sexuelle du patient (éducation, informations sexuelles reçues, habitudes familiales et sociales).

Il faut préciser :

-Les affects anxiogènes conscients : indifférence à l'égard du partenaire, dégoût de la sexualité, angoisse de performance, la peur d'une grossesse ou d'une maladie sexuellement transmissible.

- Les affects \pm conscients : hostilité à l'égard du partenaire, manque de fantasmes.

2. Faire un examen clinique complet à la recherche d'une étiologie organique (pathologie urologique, diabète, ...).

3. Examens paracliniques

-Examens biologiques sanguins : FNS, urée, créatinine, glycémie, calcémie, sérologie de la syphilis...

-Bilan endocrinien : dosage de la FSH, LH, testostérone, prolactine.

-Bilan vasculaire général et local (doppler les veines péniennes).

V / Les dysfonctions sexuelles

Elles sont définies comme une diminution ou une absence d'une partie ou de la totalité de la réponse en présence de stimulations appropriées et considérées par le patient comme adéquates.

Ces troubles doivent être répétés pour être considérés comme pathologiques.

1. Les troubles chez l'homme

Le terme d'impuissance est remplacé actuellement par dysfonctionnement sexuel : il s'agit d'une impossibilité totale ou partielle à accomplir l'acte sexuel. Il existe l'impuissance primaire et secondaire. Les étiologies sont diverses :

a. *Médicamenteuses* : de nombreux médicaments sont en causes : la cimétidine, les NLP, certains ATD, certains anti-hypertenseurs et l'aldactone.

b. *Toxicomanie et alcoolisme* : les substances psychoactives engendrent une toxicité neurologique et hormonale et peuvent conduire à des troubles de l'érection et de l'éjaculation.

c. *Traumatisme crânien et de la moelle épinière.*

d. *Troubles endocriniens* : diabète, hypo et hyperthyroïdie, hypo et hypersurréalisme, maladies hypophysaires.

e. *Traitement par des estrogènes* en cas de tumeur de la prostate.

f. *Maladies vasculaires* : insuffisance veineuse ou artérielle.

g. *Maladies neurologiques* : sclérose en plaque, tumeur de la moelle épinière et du cerveau, épilepsie, maladie de parkinson.

h. *Maladies génito-urinaires* : intervention sur la vessie.

i. *Dysfonctionnement d'origine psychologique* :

- Troubles du désir sexuel

Ils peuvent être primaires ou secondaires, associés ou non à d'autres dysfonctions sexuelles. Les facteurs étiologiques sont : dépression, diverses pathologies mentales, absence de motivation, routinisation de la vie conjugale, éducation sexuelle rigide.

- Troubles de l'érection

Ce sont les troubles les plus fréquents en consultation. C'est une érection insuffisante ou trop brève pour permettre une pénétration. On parle de troubles quand l'échec est supérieur à 25% des tentatives. La fréquence du trouble est élevée avec l'âge. Les causes les plus fréquentes sont : l'anxiété de performance, un traumatisme psychologique, un facteur anxiogène associé, une observation excessive de soi.

- Troubles de l'éjaculation

-*Ejaculation précoce* : c'est une éjaculation qui survient de façon prématurée par rapport au souhait du couple (dès la pénétration, avant, rapidement après la pénétration). Il est lié à l'hyperémotivité, à une contraception inadéquate, au fait de vouloir soulager rapidement les tensions sexuelles, tout facteur d'anxiété,...

- *Ejaculation retardée ou absence d'éjaculation* : difficulté ou impossibilité à obtenir l'éjaculation ; l'acte sexuel devient douloureux.

Divers facteurs peuvent être responsables : TRT par les psychotropes, hostilité à l'égard du partenaire, pressions familiales importantes pour avoir un enfant, défaut d'apprentissage sexuel.

-*Ejaculation rétrograde* (au niveau de la vessie) : peut être due à la neuropathie diabétique ou à l'état de la prostate.

- L'impuissance orgastique

Les étiologies sont identiques à celles de l'éjaculation retardée.

2. Les troubles chez la femme

L'examen clinique doit préciser :

- Les antécédents chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux de la patiente.
- Les traitements oestrogéniques (car ils bloquent la sécrétion d'androgènes par l'ovaire).

- Les troubles du désir

Ils sont actuellement moins fréquents, ils peuvent exister avec d'autres troubles. Les causes sont : routinisation de la vie conjugale, psychotraumatisme (agression sexuelle, viol, avortement, ...).

- Les troubles de l'excitation

Les causes sont :

- Une baisse des œstrogènes.
- Observation excessive de soi.

- * Les troubles de l'orgasme

- Anorgasmie : les causes sont : manque de communication, pudeur excessive, peur de la dépendance à l'égard du partenaire, manque d'apprentissage sexuel et de fantasmes.

- Orgasme précoce : (peut provoquer chez l'homme un trouble de l'éjaculation) : dû au mauvais apprentissage sexuel.

* Troubles sexuels douloureux

- Vaginisme : contraction inconsciente et involontaire des muscles périnéaux et périvaginaux qui provoque une occlusion de l'ouverture vaginale, il en résulte une difficulté ou une impossibilité à effectuer une pénétration. Le vaginisme peut être secondaire à une douleur locale, mais plus souvent lié à un trouble psychologique. Le vaginisme peut provoquer une impuissance psychogène secondaire chez le conjoint, ce qui complique la prise en charge thérapeutique.

Les étiologies sont : psychotraumatisme (agression sexuelle, viol, avortement, ...), méconnaissance de l'anatomie du corps, éducation sexuelle inadéquate, personnalité phobique, influence sociale et familiale.

-Dyspareunie : douleur lors de la pénétration ou pendant les actes sexuels et qui n'est pas en rapport avec le vaginisme ou avec une sécheresse vaginale. Il faut éliminer une affection gynécologique (salpingite, cervicite, rétroflexion de l'utérus,...).

VI / Les paraphilies

Ce sont des conduites en rupture avec les pratiques sexuelles culturellement admises. Elles sont répétées, vécues sans culpabilité et généralement exclusives. Elles sont plus fréquentes chez l'homme.

1. Le fétichisme

Trouble concernant essentiellement les hommes ; c'est la nécessité de la présence d'un objet féminin (vêtement, sous vêtement, chaussures, ...) pour obtenir une excitation et une satisfaction sexuelle.

2. L'exhibitionnisme

C'est la tendance répétée à exposer ses organes génitaux à des personnes étrangères généralement de sexe opposé et c'est dans des endroits publics isolés et peu éclairés.

3. Le voyeurisme

C'est la tendance répétée à observer, contre leur gré, des personnes pendant qu'elles se déshabillent ou pendant qu'elles se livrent à des activités sexuelles intimes.

4. Le sadomasochisme

L'activité sexuelle a besoin d'une certaine violence pour s'accomplir :

- Masochisme : nécessité de vivre l'humiliation ou la douleur au cours d'une activité sexuelle (femmes flagellées, attachées, ...).

- Sadisme : sujet qui exécute une humiliation ou une douleur pour parvenir à une excitation sexuelle (psychopathes, violeurs ...).

5. La pédophilie

Attrance sexuelle pour les enfants soit garçons, soit filles ou les deux, d'âge prépubère. Ce sont généralement des personnes ayant une personnalité psychopathique.

6. Le travestisme

Implique un travestissement (port de vêtements du sexe opposé). Elle n'implique pas un trouble de l'identité sexuelle (transsexualisme).

Il existe d'autres paraphilies non spécifiques : bestialité, gérontophilie, nécrophilie...

VII / Traitement

La prise en charge est souvent tardive, ce qui complique les symptômes et le pronostic de l'affection. Il est rare que le patient consulte un médecin et ce, à cause de la conception sociale et culturelle de la sexualité dans notre société.

L'examen clinique doit prendre en charge les deux conjoints dans un cadre thérapeutique. Il recherchera le type de trouble, les circonstances déclenchantes ou aggravantes et les facteurs apaisants.

Il doit être complet (neurologique, endocrinien, urologique,...) à la recherche d'une étiologie organique. Il faut préciser l'existence d'une affection psychiatrique, un traumatisme psychologique ou une prise de substance associée.

1. Traitements non spécifiques

- Verbalisation des troubles, dédramatisation, compréhension des symptômes.
- Relaxation : permet l'apaisement des tensions anxiogènes.
- Massages : permettent de relancer la communication au sein du couple (massages réciproques).
- Rééducation périnéale en cas de relâchement des muscles périnéaux.
- Hydrothérapie.
- Thérapie de groupe : améliore l'estime de soi et la communication avec les autres.
- Rééducation psychomotrice et sensorielle, après interdiction de toute relation sexuelle.

2. Traitements spécifiques

→ *Traitement médical* :

- Prescription des aphrodisiaques : ne se base sur aucune rationalisation scientifique.
- Stupéfiants : affaiblissent les capacités sexuelles.
- Les androgènes ne doivent être donnés qu'aux personnes ayant un déficit androgénique.
- Les produits dopaminergiques ont des effets stimulants chez certains parkinsoniens.
- Les anxiolytiques et les antidépresseurs à faibles doses peuvent avoir un effet désinhibiteur favorable.
- La clomipramine (Anafranil®) a un effet favorable en cas d'éjaculation précoce.
- Les prostaglandines E₁ ont été prescrites dans les dysfonctions érectiles, la yohimbine aussi.
- Le sildénafil (Viagra® cp 50mg) : dans les dysfonctions sexuelles chez l'homme.

→ *Traitement chirurgical* :

- Chez l'homme, consiste à améliorer les conditions vasculaires de l'appareil érectile.
- Chez la femme, consiste à corriger une rétroflexion utérine, à enlever un fibrome...

→ *Les psychothérapies* :

- Thérapies comportementales cognitives.
- Hypnose médicale.
- Psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP).