

Sexualité normale et ses troubles

D^r Anne Baumelou¹, D^r François Marcelli², D^r Geoffroy Robin², D^r Jean-Marc Rigot²

1. Service d'urologie, centre hospitalier Victor-Provo, 59100 Roubaix, France

2. Service d'andrologie, CHRU, 59000 Lille, France

f-marcelli@chru-lille.fr

Objectifs

- Identifier les principaux troubles de la sexualité.
- Dépister une affection organique en présence d'un trouble sexuel.
- Savoir aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation.

Il est bien entendu que la sexualité normale n'existe pas. Elle est individuelle et normale quand elle satisfait celui qui la vit.

Néanmoins, nous considérerons ici que la sexualité normale commence par un désir, se poursuit par un rapport satisfaisant les partenaires et aboutissant à un orgasme. Ainsi, la réponse sexuelle se définit comme la séquence des événements physiologiques et émotionnels qui impliquent l'excitation centrale et périphérique et les réponses génitales. Le désir, spécifique à chacun, est à la base de la réponse sexuelle. Le plaisir, qui émane de cette physiologie sexuelle, est modulé selon le vécu affectif, émotionnel et éducatif de la personne. Ce dernier est également modulé par les contextes moraux et sociaux de la sexualité.

La première partie traite des réponses physiologiques sexuelles masculines et féminines avant d'aborder de façon séparée les troubles sexuels. Cette séparation se veut bien évidemment didactique car, en pratique clinique, la prise en charge intègre le couple dans son identité entière.

EN PRATIQUE : LA CONSULTATION

Où ? Quand ? Comment ?...

Elle doit se dérouler dans un local adapté qui privilégie l'intimité et la discrétion. Le patient doit se sentir à l'aise et ressentir le respect qu'on lui porte et l'intérêt que l'on accorde à ses troubles. Cela peut paraître évident et valable pour n'importe quelle consultation, sauf qu'il s'agit souvent d'un patient ou d'une patiente qui souffre, qui a honte de ses problèmes, qui a longtemps hésité à venir consulter et qui vit, pleinement introvertis, par exemple, « une impuissance » ou un vaginisme. Le battage médiatique fait aujourd'hui sur la dysfonction sexuelle rend plus facile l'approche du patient sur le sujet, mais rappelle aussi à chaque couple sa vulnérabilité et transforme peut-être parfois une simple inquiétude en véritable angoisse, précipitant la demande.

La consultation de dysfonction sexuelle prend plus de temps qu'une consultation standard et demande souvent plus de 30 minutes,

surtout pour les premières visites. Le rythme des rendez-vous avec un même patient est assez rapproché au démarrage et diminue avec le temps, sachant qu'il faut un intervalle assez long pour permettre au couple d'assimiler les conclusions et d'appliquer les conseils prodigués, mais suffisamment court pour ne pas perdre le climat de confiance instauré.

Les objectifs

Ils sont au nombre de trois :

- identifier le trouble du patient : il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'une pathologie fonctionnelle. Il ne faut donc chercher à traiter que la demande réelle du patient, au risque de décompenser, voire créer une autre plainte ;
- poser un diagnostic étiologique : toutes les dysfonctions sexuelles sont multifactorielles. L'étiologie ne sera jamais purement organique car la dysfonction sexuelle retentit inexorablement sur le moral du patient, sur sa vie de couple et parfois même sur sa vie professionnelle. En revanche, elle peut être majoritairement psychogène ou mixte ;
- établir un contrat thérapeutique : ce contrat consiste à donner à chacun son rôle dans la prise en charge de la maladie ; le couple, l'urologue, le gynécologue, les médecins spécialistes mis en cause par l'organocité du trouble, le psychiatre ou le psychologue et le sexologue. Le contrat, c'est aussi accepter d'avancer par étapes quel que soit le temps nécessaire.

PHYSIOLOGIE DE LA FONCTION SEXUELLE MASCULINE

Anatomie de la verge (fig. 1A et B)

La verge est constituée de deux corps caverneux, organes érectiles à haute pression, et d'un corps spongieux, organe érectile

à basse pression, qui comme son nom l'indique sert d'éponge et d'« amortisseur » aux corps caverneux lors du rapport sexuel.

Les muscles striés bulbo-caverneux et ischio-caverneux, en se contractant lors du rapport sexuel, compriment les corps caverneux à la base et majorent la rigidité.

Chaque corps caverneux est constitué d'un tissu conjonctif riche en fibres collagènes, de fibres musculaires lisses abondantes et d'aréoles vasculaires (les espaces sinusoides) communiquant entre elles et avec le système artério-veineux.

Le corps spongieux est constitué à 90 % d'aréoles vasculaires.

La vascularisation pénienne naît et retourne dans les vaisseaux hypogastriques via les artères honteuses internes.

Il y a deux artères centrales caverneuses et une artère dorsale de la verge. Chaque artère centrale se distribue en des artères hélicines qui irriguent les espaces sinusoides. Le corps spongieux est vascularisé par une artère bulbaire et une artère urétrale.

Les espaces sinusoides se drainent dans le plexus sous-albuginéal des corps caverneux (veines circonflexes), qui lui-même se draine dans la veine dorsale profonde de la verge puis dans le plexus de Santorini. Il existe un autre système veineux, veines dorsale superficielle de la verge pour les tissus sous-cutanés et postérieure bulbo-urétrale.

Mécanismes de l'érection (fig. 2)

L'érection est sous le contrôle du système nerveux central, de centres médullaires (thoracolombaire anti-érectile [D11 à L2] et sacré pro-érectile [S2 à S4]) et d'un ensemble de nerfs périphériques (nerf honteux interne via le nerf dorsal de la verge).

Il est primordial de comprendre que l'état de flaccidité de la verge correspond à l'état de contraction des fibres musculaires lisses des corps caverneux et qu'à l'inverse l'érection correspond au remplissage des aréoles vasculaires par relâchement des fibres musculaires lisses.

✓ Trois états distincts peuvent être identifiés :

– état flaccide : les fibres musculaires lisses, sous l'action d'un tonus sympathique alpha-adrénérergique et de la noradrénaline,

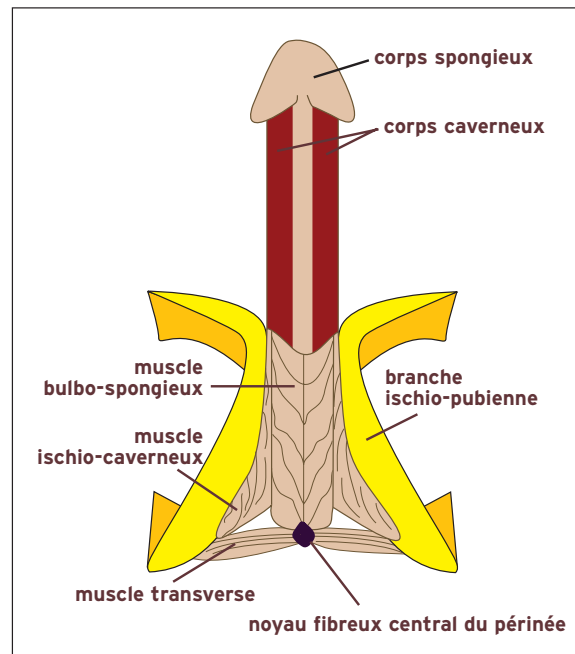


Figure 1A Anatomie descriptive de la verge.

sont contractées, les aréoles vasculaires sont vides. La pression intracaverneuse est inférieure à 10 mmHg ;

– état de tumescence : les fibres musculaires lisses se relâchent sous le contrôle de neuromédiateurs, principalement le monoxyde d'azote (NO) et le vaso-intestinal peptide (VIP), libérés par les terminaisons nerveuses parasympathiques et les cellules endothéliales. Les aréoles vasculaires commencent à se remplir et la pression intracaverneuse monte jusqu'à 50 à 60 mmHg ;

– état d'érection : les corps caverneux et l'albuginée se distendent jusqu'à leur limite. Le sang est piégé dans les corps caver-

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Sexualité normale et ses troubles ».

Cas clinique

M. Hervé H, représentant commercial âgé de 59 ans, vous consulte pour des troubles de l'érection apparus depuis plusieurs mois et qui retentissent sur sa vie quotidienne et de couple. Le patient, divorcé depuis 5 ans et père de 3 enfants, a rencontré il y a quelques mois une jeune femme de 35 ans et « n'arrive pas à la satisfaire ».

Il fume 1 paquet de cigarettes par jour et son traitement personnel associe Corvasal, Diamicron, Aspégic et Témesta au coucher.

- 1 Quels éléments manque-t-il à l'interrogatoire ?
- 2 Que recherchez-vous à l'examen clinique ?
- 3 Quelles explorations complémentaires demandez-vous en première intention ?
- 4 Quels facteurs contribuent à l'impuissance chez ce patient ?
- 5 Quels éléments seraient en faveur d'une origine psychogène des troubles érectiles ?
- 6 Quel examen permet de mettre en évidence les érections nocturnes ?
- 7 Quelle prise en charge proposez-vous ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

neux car le retour veineux est occlus par la compression. Les muscles ischio- et bulbo-caverneux se contractent, chassant encore plus de sang vers l'extrémité de la verge. La pression intra-caverneuse peut alors monter jusqu'à 100 à 120 mmHg.

✓ **Il existe trois types d'érections :**

- psychogènes, sous contrôle des centres nerveux supérieurs à la suite d'une stimulation corticale (fantasme, stimulation visuelle ou auditive) ;
- nocturnes ou au réveil, androgéno-dépendantes, survenant de manière involontaire pendant le sommeil paradoxal. Leur but serait d'assurer l'oxygénation des tissus érectiles ;
- réflexes, suite à une stimulation génitale locale, via les centres médullaires.

Le rapport sexuel met en jeu des érections réflexes et psychogènes. Il existe de surcroît une régulation nerveuse par le système neuroendocrinien.

Mécanismes de l'éjaculation

L'éjaculation est sous la dépendance neurologique de deux centres :

- centre médullaire thoraco-lombaire assurant la première phase de l'éjaculation avec l'émission du sperme associée à une fermeture du col vésical ;
- centre médullaire sacré assurant l'expulsion clonique du sperme par contraction des muscles bulbo- et ischio-caverneux et ouverture rythmique du sphincter strié urétral.

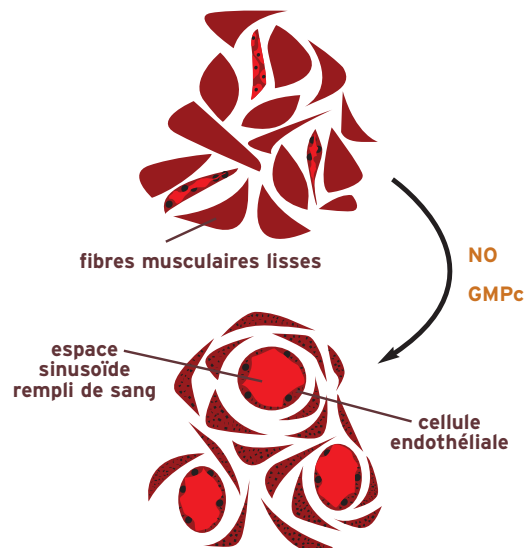
La coordination des centres est vraisemblablement assurée par un groupe d'interneurones, appelés neurones spinothalamiques lombaires (LST).

L'éjaculation normale se fait par le méat urétral après un délai variable, dépendant de l'homme et de l'état d'excitation.

Rôle des androgènes

Ils ne sont pas indispensables à l'érection, mais une imprégnation androgénique minimale est nécessaire au bon déroulement de la réponse sexuelle tant masculine que féminine. Ils

FLACCIDITÉ – Contraction des fibres musculaires lisses



ÉRECTION – Relâchement des fibres musculaires lisses

Figure 2 Architecture microscopique d'un corps érectile.

jouent un rôle majeur dans les érections nocturnes, mais moindre dans les érections réflexes et psychogènes. La testostérone est nécessaire à la maturation sexuelle. Sa déficience, par exemple au cours du SDT, syndrome de déficit en testostérone, entraîne, en sus des signes d'hypogonadisme, surtout une baisse de la libido ainsi qu'une diminution de la qualité des érections et du volume de l'éjaculat.

Réponse sexuelle masculine

Elle est schématisée sur la figure 3.

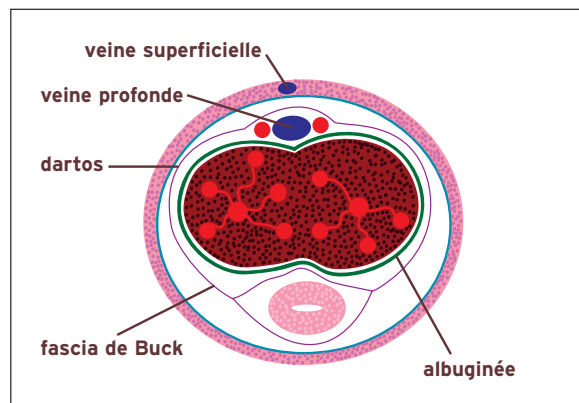


Figure 1B Anatomie descriptive de la verge.

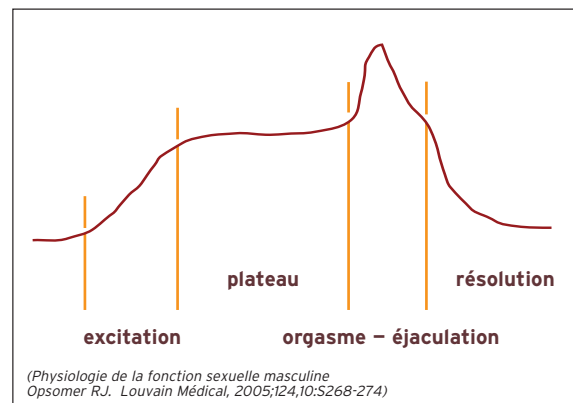


Figure 3 Réponse sexuelle masculine.

PHYSIOLOGIE DE LA FONCTION SEXUELLE FÉMININE

Anatomie sexuelle de la femme

La vulve désigne les organes génitaux externes s'étendant du pubis au périnée. Repli cutané érogène, elle comprend le mont de pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires.

Les formations érectiles sont au nombre de deux :

- le clitoris, unique, homologue des corps caverneux de l'homme, comprend un corps, s'adossant aux branches ischio-pubiennes recouvertes des muscles ischio-caverneux, et une extrémité libre appelée le gland du clitoris. À sa surface, il comporte de nombreux récepteurs sensoriels. Sa composition interne rappelle celle des corps érectiles de l'homme avec des espaces sinusoides circonscrits (aréoles vasculaires) par des fibres musculaires lisses reposant sur une architecture fibro-conjonctive ;
- les bulbes vestibulaires, homologues du bulbe urétral spongieux. Situés dans les parois du vestibule, ils se remplissent de sang au cours de l'excitation sexuelle.

« L'éjaculation féminine » proviendrait des glandes péri-urétrales (glandes de Skène), qui dérivent des mêmes structures embryologiques que la prostate chez l'homme.

Les glandes de Bartholin (glandes vestibulaires majeures) ne participent pas à la physiologie de la sexualité.

Déroulement de la réponse sexuelle féminine (fig. 4)

Le désir répond à une montée progressive de l'excitation sexuelle. Plus ou moins long (de quelques minutes à plusieurs jours), il devra s'articuler avec le désir du partenaire pour déclencher l'activité sexuelle. Cette bonne coordination permet la réalisation d'une sexualité épanouie au sein du couple.

La phase d'excitation correspond au phénomène de lubrification vaginale. Ce dernier est dû à une transsudation de la

muqueuse vaginale, sous commande du système nerveux autonome parasympathique. L'imprégnation hormonale estrogénique est indispensable au bon déroulement du processus de lubrification vaginale. Durant cette étape, on assiste à une « érection » du clitoris, comparable physiologiquement à celle de la verge, un effacement des grandes lèvres découvrant le vestibule et une tumescence des petites lèvres secondaire à la congestion veineuse. Le fond vaginal s'allonge, se préparant à la pénétration coïtale. Les seins augmentent de volume et les mamelons durcissent. Parallèlement, l'excitation psychique, résultant de l'imaginaire et des sens, renforce le plaisir.

Durant le plateau, la forme du vagin prend une forme de poire secondaire à la congestion vasculaire intense du tiers externe. Les muscles paravaginaux (bulbo-caverneux) se contractent autour du pénis.

Survient l'orgasme, paroxysme de plaisir. Il se produit une série de contractions rythmiques de l'ensemble de la musculature striée périnéale ainsi que des organes pelviens (utérus). Qu'il soit clitorido-vulvaire ou profond coïtal, il s'accompagne d'une onde diffuse à l'ensemble du pelvis et d'un état de bien-être. Par opposition à l'homme, il ne semble pas exister un seuil d'irréversibilité expliquant les retombées si la stimulation s'arrête ou devient inadéquate. Cette phase peut également se caractériser par la survenue d'orgasmes répétés à quelques secondes les uns des autres. Le point « G », décrit en 1950 par Gräfenberg, correspond à une zone localisée de la face antérieure du vagin, riche en terminaisons nerveuses sensorielles, en regard de la vessie, dont la stimulation adéquate déclencherait l'orgasme profond. L'orgasme superficiel serait obtenu par stimulation clitoridienne.

Chez la femme, il n'existe pas de période réfractaire. Une nouvelle stimulation sexuelle adéquate réamorçera le cycle.

INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE

Ils sont primordiaux et permettent souvent de poser le diagnostic étiologique.

L'interrogatoire doit être policier et intéresser le couple : ancienneté du trouble, mode de début, type de dysfonction sexuelle (trouble de l'érection, état de la libido, déroulement du rapport sexuel, état de l'éjaculation), contexte familial, contexte socio-professionnel, antécédents médico-chirurgicaux, intoxication alcool-tabagique, troubles du sommeil, prise médicamenteuse, satisfaction réelle des partenaires.

L'examen clinique est cardiovasculaire (palpation et auscultation des axes artériels), neurologique (examen du périnée), urologique (élasticité, déformation de la verge, palpation des testicules, toucher rectal à la recherche d'une hypertrophie ou d'un cancer prostatique) et gynécologique (seins, région vulvaire, imprégnation estrogénique globale et touchers pelviens à la recherche de signes d'endométriose). Il faut rechercher des signes d'hypogonadisme masculin (troubles de l'humeur, diminution de la libido, de la pilosité, gynécomastie) et de carences estrogéniques chez la femme (bouffées vaso-motrices, troubles de l'humeur...).

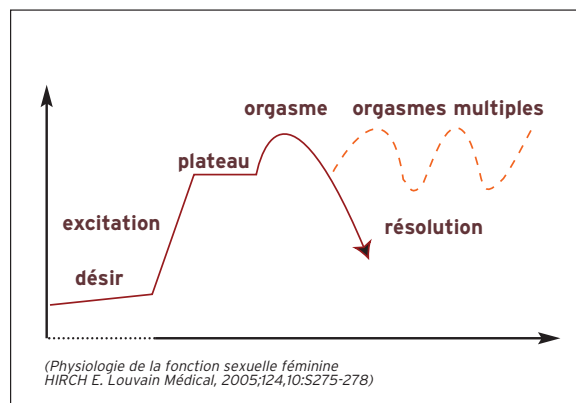


Figure 4 Réponse sexuelle féminine.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils sont surtout développés dans le cadre du bilan d'une dysfonction érectile masculine. Avec l'avènement des thérapeutiques pharmacologiques et leur efficacité, les champs d'investigation se sont restreints. Chez la femme, la prescription des examens complémentaires dépend des constatations cliniques (bilan hormonal, échographie pelvienne, prélèvement bactériologique vaginal...).

Ainsi, chez l'homme, le bilan comporte un bilan biologique : testostéronémie totale, bilan glucido-lipidique et PSA (chez les plus de 50 ans).

Il n'y a plus aujourd'hui d'examens complémentaires morphologiques. La **rigidimétrie nocturne** (enregistrement des érections nocturnes) est abandonnée progressivement. Les explorations neuro-physiologiques n'apportent le plus souvent que peu de renseignements au prorata des possibilités thérapeutiques.

Certains examens peuvent s'avérer intéressants dans certains cas : par exemple, l'échographie doppler pulsé pénienne ou une IRM de verge pour mettre en évidence des plaques de maladie de La Peyronie (fibroses d'origine indéterminée de l'albuginée des corps caverneux). L'injection intracaverneuse de drogues vasoactives (prostaglandines E1) en consultation peut permettre au praticien de juger lui-même de l'érection et au patient de se rassurer quant à ses capacités physiques sous traitement.

TROUBLES DES FONCTIONS SEXUELLES

Plusieurs définitions sont possibles : celle des troubles du cycle de la réponse sexuelle ou douleurs pendant les activités sexuelles (DSM-IV) et celle des troubles ne permettant pas d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes (CIM 10).

Les troubles sexuels peuvent être classés suivant que le trouble affecte la composante du désir, de l'excitation psychique et/ou physique, de l'orgasme. Une composante douloureuse (vaginisme, dyspareunie) est toujours à rechercher. Cette classification ne

POINTS FORTS

à retenir

- La dysfonction érectile est une maladie fréquente, mieux connue chez l'homme.
- **Dysfonction érectile = dysfonction de l'endothélium vasculaire = signal d'alarme des maladies cardiovasculaires.**
- Population à risque : diabétique, dyslipidémique, HTA, tabagique, sédentarité, **obésité.**
- Diagnostic par **l'interrogatoire.**
- **Examens complémentaires cardiovasculaires + bilan urologique après 50 ans.**
- Le traitement commence par un respect des règles hygiéno-diététiques et se poursuit par une aide pharmacologique et **sexologique.**

saurait se substituer à une situation fréquemment plus complexe avec troubles multiples, souffrance personnelle et/ou du couple, altération de l'image et de l'estime de soi...

Causes des dysfonctions érectiles (DE)

Elles sont résumées dans le tableau.

Les causes les plus fréquentes sont les causes neurologiques post-traumatiques, la chirurgie pelvienne, les causes vasculaires et le diabète.

1. Vasculaires

La dysfonction érectile et les maladies cardiovasculaires partagent les mêmes facteurs de risque.

Le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle et les dyslipidémies entraînent une athérosclérose des artères honteuses

Tableau Causes des dysfonctions érectiles

Vasculaires ■ artériopathie ■ cardiopathie ischémique ■ tabac ■ HTA ■ sédentarité, obésité ■ dyslipidémie	Urologiques ■ adénome prostatique ■ maladie de La Peyronie	■ inflammation ■ tumeur du système nerveux central ■ anxiété, dépression ■ psychose	■ toxicomanie ■ alcool ■ hormones ■ radiothérapie
Endocrinien ■ diabète ■ hypogonadisme ■ déficit androgénique lié à l'âge ■ hyper-prolactinémie ■ dysthyroïdie ■ hypercorticisme	Chirurgicales, traumatiques ■ prostatectomie radicale ■ traumatisme crânien ou médullaire ■ traumatisme de verge ■ fracture du bassin	Chroniques ■ cancer évolutif ■ insuffisance rénale	Psychogènes +++ ■ angoisse anticipatoire
	Neuro-psychiatriques ■ accident vasculaire cérébral ■ neuropathie autonome, dégénérative	Iatrogènes ■ anti-HTA (diurétiques thiazidiques +++ et bêta-) ■ hypolipémiants ■ psychotropes	Non médicales ■ âge ■ stress ■ facteurs socio-économiques

internes. La littérature a montré qu'il y a une association significative entre dysfonction érectile et insuffisance coronarienne ; que les patients ayant une angine de poitrine symptomatique en rapport avec des lésions coronariennes prouvées avaient présenté, dans 50 % des cas, des symptômes de DE avant les symptômes cardiaques.

L'ischémie de la cellule endothéliale est à l'origine d'une altération de la voie du NO, d'une diminution de la relaxation des cellules musculaires lisses et du trouble de l'érection.

2. Diabète

C'est par plusieurs mécanismes physiopathologiques distincts que le diabète est responsable de troubles érectiles : neuropathie autonome, microangiopathie, dégénérescence fibreuse des corps caverneux, hypogonadisme ou dépression, tous deux plus fréquents chez le patient diabétique, et, bien sûr, un facteur psychogène se surajoutant.

3. Neurologiques

La sclérose en plaques est fréquemment associée à des troubles de l'érection, et surtout de l'éjaculation. La maladie de Parkinson donne à la fois des troubles de la libido (déficit en dopamine) et des troubles de l'érection par la neuropathie autonome.

Chez les blessés médullaires, la lésion du centre parasympathique sacré est dramatique sur la fonction érectile. Les érections réflexes sont le plus souvent conservées, mais instables car non renforcées par la levée de l'inhibition du centre sympathique (déconnexion des centres secondaires liée à l'atteinte neurologique). Mais ils peuvent garder des érections nocturnes essentiellement sous le contrôle des androgènes.

4. Iatrogènes

Toute atteinte des voies nerveuses pelviennes peut occasionner une DE. La chirurgie carcinologique prostatique expose à une lésion des bandelettes neuro-vasculaires (elles cheminent au contact des faces postéro-latérales de la prostate et sont constituées de contingents nerveux autonomes donnant les nerfs caverneux). Le risque de DE post-prostatectomie nécessite une prise en charge préventive axée sur une information éclairée. L'atteinte est également occasionnée par la radiothérapie.

5. Médicaments

D'après leurs notices, beaucoup de médicaments seraient pourvoyeurs de dysfonction érectile. Dans le traitement de l'HTA, seuls les diurétiques thiazidiques seraient responsables de DE.

Les antidépresseurs tricycliques ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine donneraient surtout des troubles du désir, de l'éjaculation et de l'orgasme.

Les effets secondaires sexuels des traitements antiandrogéniques utilisés pour le traitement d'un cancer de prostate sont majeurs par diminution de la testostérone, inhibition de ses récepteurs et de sa transformation en dihydrotestostérone, et donc par abolition du désir et dysfonction érectile.

Troubles de l'éjaculation

1. Anéjaculation (absence complète d'éjaculation antégrade)

À l'interrogatoire, la recherche d'un orgasme est fondamentale pour comprendre la physiopathologie de ce trouble. En effet, soit l'orgasme est présent et il s'agit d'une très probable éjaculation rétrograde (fausse route du sperme dans la vessie), soit il est absent et l'anéjaculation relève souvent d'une cause psychologique (en dehors de quelques cas neurologiques).

Certains médicaments comme les antidépresseurs ou les neuroleptiques peuvent aussi être à l'origine d'une anéjaculation.

Le diagnostic d'anéjaculation psychogène doit rester un diagnostic d'élimination.

2. Éjaculation précoce

Elle est souvent le résultat d'une excitation trop importante, plus fréquemment chez le sujet jeune (secondaire à une « immaturité » du contrôle de la sensation préorgasme). Elle est la dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente (environ 1 homme sur 3).

3. Éjaculation rétrograde

Elle peut être due à une affection neurologique (dysfonctionnement du réflexe éjaculatoire), une incision cervico-prostatique ou une résection transurétrale de prostate par défaut de fermeture du col vésical.

Causes des dysfonctions sexuelles féminines

1. Troubles du désir : anaphrodisie

Primaire ou secondaire (après une période de plaisir), avec un examen génital normal, les causes de l'anaphrodisie sont multiples, d'ordre psychologique (souvent anaphrodisie primaire) et/ou conjoncturelles (anaphrodisie secondaire), conséquences d'une dynamique sexuelle décalée entre les partenaires. Elle est d'intensité variable, allant de la simple baisse du désir transitoire à l'aversion complète pour la sexualité.

2. Troubles de l'excitation psychique et/ou physique

L'excitation psychique définit la composante sexuelle centrée sur l'exaltation de l'émotion dans le but d'aboutir à une auto-intensification du plaisir grâce à la mise en jeu des sphères du fantasme et de l'imaginaire. Cette étape est primordiale pour le bon déroulement de l'activité sexuelle. La sévérité de l'atteinte est très variable, du simple désir insuffisant transitoire à l'aversion sexuelle complète.

Le trouble de l'excitation physique se définit comme une difficulté ou une incapacité persistante ou récurrente à conserver ou à atteindre un niveau d'excitation suffisant au niveau de la région génito-sexuelle, se caractérisant le plus souvent par des troubles de la lubrification vaginale.

3. Troubles de l'orgasme

Par définition, la phase d'excitation sexuelle est jugée satisfaisante. Son intensité, sa durée et son orientation sont propices au bon déroulement de l'acte sexuel.

Tous les stades du trouble de l'orgasme peuvent également se rencontrer : anorgasmie primaire ou secondaire, transitoire ou récurrente, circonstancielle ou non. L'orgasme peut parfois être atteint mais ressenti insuffisamment ou trop tardivement.

4. Troubles sexuels avec douleurs (dyspareunies)

Il s'agit de douleurs génitales persistantes ou récurrentes pendant le coït vaginal ou parfois après. Les dyspareunies profondes répondent très souvent à une cause organique (pathologies utéro-annexielles dont les endométrioses pelviennes profondes). Devant une dyspareunie superficielle ou d'intromission, un examen clinique soigneux de la région vulvo-vaginale apporte le diagnostic étiologique (infection, étroitesse vulvaire pathologique, cloison vaginale...). Le caractère répétitif de la douleur entraîne une répercussion psychologique avec une extension de la plainte somatique rendant la prise en charge parfois assez complexe.

5. Vaginisme

Il correspond à une contraction involontaire et incoercible des muscles paravaginaux (muscles pubo-coccygiens) s'opposant à toute tentative de pénétration vaginale. Ce caractère « réflexe », d'origine psychologique, distingue le vaginisme des diverses dyspareunies superficielles.

Le vaginisme primaire est souvent d'origine psychologique. La consultation est fréquemment tardive, survenant lorsque le désir d'enfant devient d'actualité. Par opposition, le vaginisme secondaire nécessite la recherche d'une cause organique (lésion vaginale).

CONCLUSION

Comment obtenir une sexualité satisfaisante ? Sans avoir la réponse, la formule suivante pourrait la résumer : être à l'écoute du désir de l'autre dans le but de lui donner du plaisir tout en sachant s'aimer soi-même pour avoir envie de se faire plaisir. Connaître également les différences hommes-femmes : désir féminin fluctuant influencé par les variations hormonales ; excitation sexuelle masculine centrée sur la vue, l'odeur contrastant avec une excitation féminine axée sur la complicité de l'instant ; rigidité pénienne et orgasme rapide s'opposant à une ascension progressive nécessitant des préliminaires. La clé de voûte d'une sexualité épanouie est donc représentée par la communication et la complémentarité. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

► Addiction au sexe

Karila L, Reynaud M
(Rev Prat Med Gen 2008; 800:410)

► Dysfonction érectile

Delavierre D
(Rev Prat Med Gen 2005; 688:431-42)

► Amour et sexualité chez les personnes âgées

Charazac PM
(Rev Prat 2004;54[7] :739-41)

► Questions éthiques posées par le traitement médicamenteux de l'insuffisance érectile

Jardin A
(Rev Prat 2001;51[4] :353-4)

► Retentissement du cancer sur la sexualité de la patiente et son conjoint : l'exemple du cancer du sein

Mimoun S
(Rev Prat 2006;56[18]:2030-1)

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

L'érection répond à ...

- 1 un relâchement des fibres musculaires lisses caverneuses.
- 2 une diminution du calcium intracellulaire.
- 3 l'activation d'une voie principale médiée par la PGE1.
- 4 une myocontraction des fibres musculaires lisses.

B / VRAI ou FAUX ?

La réponse génitale de la femme...

- 1 peut être pluri-orgasmique.
- 2 comprend une période réfractaire.

3 l'éjaculation féminine provient des glandes de Bartholin.

4 comprend trois phases.

C / QCM

À propos des dysfonctions sexuelles

- 1 L'éjaculation précoce est la plus fréquente.
- 2 Le vaginisme est une contraction volontaire des muscles paravaginaux.
- 3 L'anéjaculation est toujours psychologique.
- 4 Les IPDE 5 modifient la concentration du calcium intracellulaire.

Réponses : A : V, V, F, F / B : V, F, F, F / C : V, F, F, V