



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



LETTRES À LA RÉDACTION

Syndrome de la maladie post-orgasmique



Post-orgasmic illness syndrome

Mots clés Syndrome de la maladie post-orgasmique ; Troubles sexuels

Keywords Post-orgasmic illness syndrome; Sexual disorders

Le « syndrome de la maladie post-orgasmique » (SMPO) se manifeste par un ensemble de symptômes physiques et cognitifs faisant suite à un orgasme et pouvant durer plusieurs jours. Nous rapportons ici le cas de trois hommes sans antécédent présentant probablement un SMPO.

Leur plainte principale se caractérisait par l'apparition systématique d'une série de symptômes pouvant être très invalidants dans leur vie quotidienne, survenant de manière élective après chaque éjaculation et n'apparaissant jamais en dehors de ces moments. Ces symptômes, allant de la céphalée à l'état de torpeur, sont décrits dans le [Tableau 1](#) ainsi que leur délai d'apparition et leur durée. Nos 3 patients présentaient un examen clinique neurologique global et du périnée strictement normal en dehors des crises. L'ensemble des investigations complémentaires entreprises (imagerie, cystoscopie, EMG, tests neurovégétatifs, biologie biochimique, vitaminique, hormonale et immunitaire) étaient aussi normales.

Le SMPO a été initialement rapporté en 2002 [1] et l'on recense maintenant 52 cas dans la littérature, dont 45 par le seul Waldinger [1] qui propose 5 critères diagnostiques du SMPO. Premièrement, le patient doit présenter un des symptômes parmi : une sensation d'état grippal ou d'extrême fatigue, une faiblesse musculaire, un état fébrile ou des frissons, des troubles de l'humeur, une irritabilité, des troubles de mémoire et de concentration, un discours incohérent, un prurit nasal et/ou oculaire. Deuxièmement, l'ensemble de ces symptômes doit apparaître immédiatement ou dans les

heures suivant une éjaculation. Troisièmement, ces symptômes doivent arriver toujours ou presque toujours (dans plus de 90 % des cas) après une éjaculation. Quatrièmement, ces symptômes doivent durer entre 2 et 7 jours et, cinquièmement, doivent disparaître spontanément.

En reprenant ces critères, nos trois patients présentent donc un SMPO, de forme primaire puisque connu depuis la puberté, non déclenché dans les suites d'un quelconque événement. Notons toutefois, et ceci n'a jamais été rapporté, que le patient 3 se plaignait de troubles vésico-sphinctériens associés à type de pollakiurie et de dysurie avec débilité altérée ainsi que d'une sensation d'hypoesthésie pénienne.

L'étiologie du SMPO est discutée : origine psychosomatique, troubles hormonaux, désordre du système sérotoninergique et adrénergique ont été proposés ainsi qu'une défaillance immuno-allergologique [1] avec une auto-allergie au liquide séminal. Nous soulevons l'hypothèse d'une dysrégulation passagère du système nerveux autonome puisqu'il est bien connu que l'éjaculation déclenche un « orage végétatif » avec une augmentation de l'activité sympathique et libération de noradrénaline [2] après l'orgasme et certains symptômes du SMPO sont évocateurs d'une dysautonomie. Les autres hypothèses possibles seraient neurologiques avec une comitativité partielle déclenchée par l'éjaculation et une « migraine sans migraine ».

Sur le plan thérapeutique, les AINS, le tramadol, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ont pu apporter quelques bénéfices, mais pour quelques cas seulement [2]. Nous rapportons une efficacité partielle mais seulement transitoire de traitements neuroleptiques, anti-histaminiques, anticholinergique et anticholinestérasique au travers de l'un de nos cas.

Le SMPO est une maladie rare et probablement sous-diagnostiquée car encore méconnue, des études complémentaires et le recensement d'autres cas de SMPO seront nécessaires pour étayer ces hypothèses et proposer des traitements spécifiques.

Tableau 1 Récapitulatif des 3 cas cliniques.

	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Âge	29 ans	37 ans	28 ans
Symptômes post-orgasmiques	Sensation de malaise Difficultés de concentration Hyperesthésie de contact Asthénie Baisse de la précision des mouvements Céphalées Éblouissement à la lumière Sécheresse buccale et lacrymale Sensation d'hypotension orthostatique Sensation de stase œsophagogastrique	Crampes membres inférieurs Irritabilité Ralentissement psychomoteur Asthénie Rhinorrhée Larmolement Éternuements Bouffées de chaleur Hypersudation/frilosité	Somnolence Torpeur Difficultés de concentration Crampes membres inférieurs Sensation de blocage œsophagien Sensation de satiété rapide
Délai apparition	5 à 6 minutes après éjaculation	15 à 20 minutes après éjaculation	Immédiatement après éjaculation
Durée des symptômes	24 à 72 heures	Quelques jours	48 à 72 heures
Signes associés (à distance des orgasmes)	Aucun	Constipation Difficulté à l'émission de gaz	Hypoesthésie pénienne pendant les rapports Pollakiurie Dysurie Éblouissement facile à la lumière Cystoscopie IRM cérébrale
Examens paracliniques (normaux)	IRM cérébrale, médullaire EMG périnée Tests neurovégétatifs Dosage biologiques biochimique, vitaminique, hormonal, immunitaire	Tests neurovégétatifs	
Traitements inefficaces	Sérotoninergiques Benzodiazépines	Neuroleptiques (amisulpride, halopéridol) Compléments alimentaires (Oméga 3 et Mg)	Antihistaminiques (cétirizine) Alpha-bloquant Relaxation
Traitements efficaces (temporairement)	Aucun	Neuroleptiques (olanzapine, aripiprazole) Antihistaminiques (cétirizine, loratadine, ebastine, mequitazine) Nicotinamide Bipéridène Association « chlorure d'ambénonium + lécithine de soja »	Aucun

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Waldinger M, Meinardi M, Zwinderman A, Schweitzer D. Postorgasmic illness syndrome (POIS) in 45 Dutch Caucasian males: clinical characteristics and evidence for an immunogenic pathogenesis (part 1). *J Sex Med* 2011;8(4): 1164–70.
- [2] Waldinger M, Schweitzer D. Postorgasmic illness syndrome: two cases. *J Sex Marital Ther* 2002;28(3):251–5.

B. Bignami*, T. Honore, N. Turmel,
R. Haddad, L. Weglinski, F. Le Breton,
G. Amarenco

GRC 01, groupe de recherche clinique en
neuro-urologie (GREEN), service de
neuro-urologie, hôpital Tenon, Sorbonne
universités, UPMC université Paris 06, AP-HP, 4,
rue de la Chine, 75020 Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : blaisebignami@gmail.com

(B. Bignami)

Disponible sur Internet le 18 avril 2017

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.03.007>

1166-7087/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Diverticule congénital de l'urètre antérieur chez l'enfant : à propos d'un cas

Congenital anterior urethral diverticulum in children: A case report

Mots clés Diverticule urétral congénital ; Valve de l'urètre antérieur ; Diverticulectomie ; Uréthroplastie
Keywords Congenital urethral diverticular; Anterior urethral valve; Diverticulectomy; Urethroplasty

Diverticule congénital de l'urètre antérieur chez l'enfant

Le diverticule urétral antérieur congénital (DUAC) chez l'enfant est une pathologie rare. Il représente moins de 10 % de tous les diverticules urétraux antérieurs qui sont le plus souvent acquis, se développant après chirurgie d'hypospadias ou post traumatique, ou secondaire à une valve de l'urètre antérieur ou à une dilatation kystique des glandes de Cowper.

Nous rapportons un cas de diverticule urétral antérieur congénital chez un nourrisson de un an. Il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin âgé de un an aux antécédents, un épisode d'infection urinaire à l'âge de 7 mois, adressé pour une tuméfaction de la face ventrale de la verge associée à un faible jet urinaire.



Figure 1. Mise en place d'une sonde transurétrale.

À l'examen clinique, on observait une tuméfaction pénienne distale, kystique, fluctuante et compressible qui s'effondrait complètement à la compression manuelle avec issue d'urine à travers le méat urétral qui n'était pas sténosé, admettant facilement une sonde Charrière 8 (Fig. 1).

Le bilan rénal, l'examen cyto bactériologique des urines et l'échographie étaient sans anomalie. L'urétrocystographie rétrograde montrait un volumineux diverticule de la portion distale de l'urètre antérieur.

Le patient a été opéré. Un dégantage de la verge (Fig. 2) et une plicature du diverticule par un surjet matelassé sur sonde ont été réalisés sans ouverture de la lumière urétrale.

Le diverticule a été réséqué tout en laissant un petit lambeau permettant de couvrir l'uréthroplastie. Le corps spongieux était bien développé ce qui a permis une spongoplastie suivie d'un recouvrement cutané.

Après un an de suivi, l'évolution postopératoire était favorable sans récurrence.

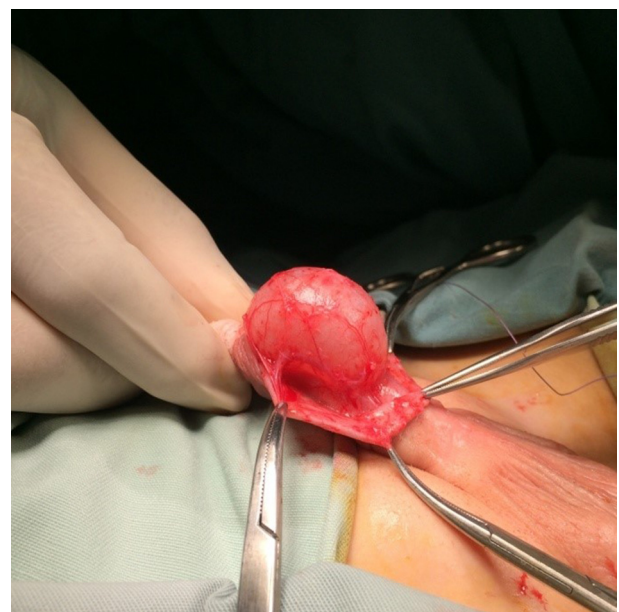


Figure 2. Déshabillage de la verge et dissection du diverticule.