

Item 58 : Sexualité normale et ses troubles

Auteur : Idir OUZAÏD

Relecteur et coordonnateur: Pierre BIGOT

Objectifs pédagogiques : Sexualité normale et ses troubles - 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.

Objectifs hiérarchisés

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Genres, sexualités et société. Enjeux de reconnaissance et médicalisation
A	Éléments physiopathologiques	Connaitre les quatre phases du rapport sexuel
A	Diagnostic positif	Sémiologie des principales dysfonctions sexuelles masculines et féminines
B	Diagnostic positif	Connaitre les éléments de l'interrogatoire permettant d'identifier les troubles de la sexualité
A	Diagnostic positif	Connaitre les quatre composantes impliquées dans la sexualité
A	Étiologies	Connaitre les causes organiques des dysfonctions sexuelles masculines et féminines
B	Étiologies	Connaitre les autres étiologies des principales dysfonctions sexuelles
B	Prise en charge	Savoir orienter la prise en charge d'un couple présentant des troubles de la sexualité

1. Introduction, Définition

La sexualité dite « normale » fait partie de la définition de la « bonne santé » selon l'OMS. On parle désormais de « santé sexuelle ». Même s'il n'est pas possible de définir une *sexualité normale*, une dysfonction de l'une des réponses sexuelles physiologiques à l'excitation : désir, érection, éjaculation, orgasme expose l'individu à des souffrances parfois importantes, parfois causes de dépression. Les troubles du comportement sexuel peuvent être responsables de conduites délictueuses, voire de crimes sexuels (séviés à enfants, viols, agressions sexuelles...).

Il n'y a pas de norme en matière de sexualité. Chaque individu a ses propres repères et sa position dans la société peut influencer le développement et/ou le déroulement de sa sexualité selon ce que l'on pourrait appeler le plus petit dénominateur commun de ce qui est toléré, de ses références culturelles et religieuses.

- Lorsqu'il existe une dysfonction sexuelle, s'il n'y a pas de plainte de l'individu il n'y a pas lieu de médicaliser celle-ci.
- De même, lorsqu'il existe un trouble du comportement sexuel et qu'il n'y a pas de plainte (de l'individu, de son entourage ou de la société), il n'y a pas lieu de proposer un traitement.

La version actuelle du *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (DSMV), ou *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* de la société américaine de psychiatrie, distingue : les **dysfonctions sexuelles** (troubles du désir, de l'excitation ou de l'orgasme ; les troubles sexuels avec douleur ; la dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale), les **paraphilies**, les **troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme)**.

2. Sexualité normale

L'activité sexuelle est divisée en cinq phases (**figure 1**) :

- la **phase du désir** : elle est caractérisée par des idées et fantasmes érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Elle est difficile à définir précisément dans sa durée comme dans sa phénoménologie. Cette phase est commandée par le cerveau. Le désir est androgéno-dépendant chez l'homme comme chez la femme. Il s'agit d'une phase de préparation à l'acte sexuel ;
- la **phase d'excitation** : elle est caractérisée chez l'homme par l'érection (*cf.* Item 126 – Trouble de l'érection), et chez la femme par une augmentation de la vascularisation vaginale et de la vulve se traduisant par la lubrification vaginale et l'érection du clitoris. La phase d'excitation résulte de stimulations cérébrales (visuelles, auditives, fantasmatiques) et/ou périphériques sensibles en particulier périnéales. La survenue des réponses sexuelles pelvipérinéales nécessite l'intégrité de l'innervation sympathique d'origine spinale thoracolombaire (T12-L2), parasympathique d'origine spinale sacrée (S2-S4) et somatique sacrée (S2-S4) ;
- la **phase de plateau** : elle consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation (ex. : masturbation). Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement ;
- l'**orgasme** : il s'agit d'une sensation de plaisir intense. L'orgasme est accompagné dans les deux sexes de contractions rythmiques de la musculature striée périnéale. Chez l'homme, l'orgasme coïncide avec la seconde phase de l'éjaculation ou expulsion saccadée du sperme au méat urétral. Lorsque l'éjaculation est absente (ex. : après prostatectomie totale), l'orgasme persiste, parfois altéré, ainsi l'éjaculation n'est pas un prérequis pour la survenue de l'orgasme. L'orgasme est accompagné par des signes généraux : tension musculaire, polypnée, tachycardie, augmentation modérée de la

pression artérielle ; il faut souligner ici que plus d'un tiers des femmes rapportent ne pas avoir d'orgasme ;

- la **phase de résolution** : les phénomènes caractéristiques de la phase d'excitation diminuent rapidement. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme. Chez l'homme, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire pendant laquelle la stimulation sexuelle est inefficace. Brève chez l'adolescent, elle augmente avec l'âge et interdit le plus souvent la répétition rapprochée du rapport sexuel chez l'homme vieillissant.

3. Troubles de la sexualité

3.1. Troubles sexuels chez l'homme (figure 2)

3.1.1. Troubles du désir

Les troubles du désir comprennent les **insuffisances de désir** (baisse de la libido) ou à l'inverse, un excès (**déviations de désir**). Dans les deux cas, il faut d'abord éliminer une pathologie somatique (hypogonadisme sévère, dépression, démence, iatrogénie médicamenteuse) avant de considérer les pathologies psychiatriques.

3.1.2. Troubles de l'excitation/érection

(Cf. Item 126 – Trouble de l'érection).

3.1.3. Troubles de l'éjaculation

A. Éjaculation prématurée

Définition

Il s'agit d'une **dysfonction sexuelle masculine** caractérisée par :

- une éjaculation qui survient toujours ou presque toujours en 1 minute ou moins après la pénétration vaginale depuis le 1^{er} rapport sexuel (éjaculation prématurée primaire) ;
- **ou** une diminution cliniquement significative du délai pour éjaculer, souvent proche de 3 minutes ou moins (éjaculation prématurée secondaire) ; **et** une incapacité à retarder l'éjaculation lors de toutes ou de presque toutes les pénétrations vaginales (absence de contrôle) ; **et** des conséquences personnelles négatives : souffrance, gêne, frustration et/ou évitement de l'intimité sexuelle (**figure 3**).

Étiologies

L'éjaculation est un réflexe de reproduction et survient chez la plupart des espèces de façon précoce. L'homme a la capacité de pouvoir contrôler son éjaculation, ce qui explique que l'éjaculation prématurée est une caractéristique comportementale. Il ne s'agit donc pas d'une dysfonction au sens physiopathologique du terme. **La prévalence n'est pas affectée par l'âge**, contrairement à la dysfonction érectile.

Diagnostic

- L'interrogatoire doit explorer notamment : le délai pour éjaculer et la possibilité ou non de contrôle ainsi que la souffrance que cette situation génère.
- L'examen clinique doit rechercher une éventuelle pathologie génito-sexuelle associée, ainsi qu'une dysfonction érectile (éjaculation prématurée acquise).
- Aucun examen complémentaire n'est requis.

Traitement

- Le traitement peut faire appel à une prise en charge sexologique de type cognitivo-comportemental : techniques du *squeeze* ou du « Stop and Go », nécessitant la participation de la partenaire, les rechutes sont fréquentes en cas d'arrêt des exercices.

- La dapoxétine (30 ou 60 mg, Priligy®) à la demande, inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine, est le seul médicament ayant l'AMM dans cette indication.
- Les antidépresseurs en prise quotidienne (ISRS, ex. : paroxétine 20 mg/j ou clomipramine 10 mg/j) peuvent être prescrits hors AMM.
- Les anesthésiques locaux (lidocaïne crème 5 %) hors AMM à la demande en application sur le gland 30 minutes avant le rapport retardent également l'éjaculation.

B. Autres troubles de l'éjaculation

La sémiologie des autres troubles de l'éjaculation nécessite un interrogatoire attentif souvent difficile à conduire.

Il faut savoir distinguer en particulier :

- l'**anéjaculation/éjaculation rétrograde** avec orgasme conservé par iatrogénie chirurgicale (résection trans-urétrale de la prostate, adénomectomie par voie haute pour hypertrophie bénigne de prostate, prostatectomie totale pour cancer localisé de prostate, curage ganglionnaire pour cancer du testicule) ou médicamenteuse (neuroleptiques, certains α -bloquants indiqués dans le traitement des troubles mictionnels liés à une hypertrophie bénigne de prostate : tamsulosine, silodosine...). Il existe aussi une origine psychogène ;
- l'**hypospermie** : c'est un signe d'agénésie des déférents consécutive à une mutation du gène *CFTR* (mucoviscidose). Le plus souvent elle est liée au vieillissement ;
- l'**éjaculation douloureuse** peut être la conséquence d'une prostatite aiguë ou chronique ou d'un syndrome douloureux pelvien chronique ;
- l'**hémospemie** est le plus souvent un symptôme bénin. Il faut toutefois éliminer un cancer de la prostate chez l'homme vieillissant. Elle est fréquemment observée dans les suites de biopsies de la prostate à visée diagnostique.

3.2. Troubles sexuels chez la femme (figure 4)

3.2.1. Troubles du désir

Les troubles du désir correspondent le plus souvent à une **insuffisance/absence du désir** ou à un désir sexuel hypoactif entraînant une souffrance personnelle. On distingue les troubles primaires (jamais éprouvés de désir) et secondaires après une période de désir normal (moins bien acceptés). À l'extrême, il existe une **aversion sexuelle** qui correspond à une conduite visant à éviter d'avoir des rapports sexuels entraînant une souffrance personnelle. La cause est essentiellement psychique. Il faut toutefois veiller à éliminer une névrose phobique.

Inversement, il peut exister un **excès de désir** qui se manifeste par une exagération des besoins sexuels (hypersexualité ou nymphomanie), à la recherche permanente de nouveaux partenaires (comportements de séduction permanente). Cet excès peut être en rapport avec un trouble de la personnalité voire une maladie psychiatrique. Cependant, plusieurs causes organiques doivent être éliminées.

Le traitement des troubles du désir est difficile. Il faut notamment s'efforcer de donner des informations sur la sexualité, de faire la démonstration de la normalité physique et physiologique pour rassurer la patiente et assurer la prise en charge psycho-sexologique. Enfin, il peut être utile de traiter la ménopause si celle-ci est avérée.

3.2.2. Troubles de l'excitation (insuffisance)

Il s'agit d'un problème en rapport avec le degré d'excitation sexuelle organique ou psychique insuffisant entraînant une souffrance personnelle.

3.2.3. Troubles de l'orgasme

On distingue les troubles suivants :

- **anorgasmie** : c'est une absence d'orgasme malgré une stimulation et une excitation adéquate entraînant une souffrance personnelle ;
- **orgasme insatisfaisant** ;
- **orgasme retardé** : la stimulation et l'excitation sont jugées excessives par la femme. Une iatrogénie médicamenteuse (ISRS, neuroleptiques) doit être recherchée.

3.2.4. Vaginisme

Il s'agit d'une contraction musculaire prolongée ou récidivante des muscles du plancher pelvien (élevateurs de l'anus et adducteurs) qui circonscrivent la vulve et le vagin interdisant la pénétration vaginale.

Le vaginisme primaire est souvent d'origine psychologique. Il peut avoir comme cause :

- Le rigorisme religieux, le conformisme social avec culpabilisation des plaisirs du corps.
- Un antécédent d'abus sexuel : attouchements, viol, inceste malheureusement fréquent et à rechercher systématiquement.
- Une tendance homosexuelle latente ;
- Le rejet du partenaire (symbolise le refus d'une relation vécue comme un état d'infériorité avec un homme que l'on méprise).

Le vaginisme secondaire doit faire rechercher une cause organique par un examen gynécologique complet.

- Traumatisme gynécologique : vaginite mycosique, vaginite à Trichomonas, vaginite atrophique de la ménopause.
- Traumatisme obstétrical : déchirure, épisiotomie mal réparée.
- Traumatisme iatrogène : radiothérapie pelvienne.

Le **traitement du vaginisme** comprend avant tout le traitement spécifique d'une lésion organique. En l'absence de lésion organique, il faut envisager une prise en charge psychosexologique avec explication anatomique (appareil génital), exploration de son corps (surmonter l'angoisse), auto-introduction ultérieure par la patiente avec des bougies de Hégar de calibre croissant avec exercice de contraction et de relâchement (relais avec ses propres doigts). Le vaginisme a un bon pronostic quand la femme accepte de faire ce travail personnel sur son corps.

3.2.5. Dyspareunie

Elle correspond à des douleurs déclenchées par les relations sexuelles (pénétration).

On distingue **trois types de dyspareunie** en fonction du site douloureux (tableau 1).

Tableau 1 : Différents types de dyspareunie et leurs causes organiques.

Dyspareunie	Définition	Causes
Superficielles	Douleur à l'intromission	– Bride hyménéale – Cicatrices périnéales (épisiotomie, déchirure obstétricale) – Infections : herpès, mycose, bartholinite, condylomes
De présence	Pendant le coït	– Mycose – Atrophie vaginale – Sécheresse vaginale

Profondes (balistiques)	Douleur au fond du vagin	– Cervicite – Annexite – Endométriose
-------------------------	--------------------------	---

Le traitement des dyspareunies profondes nécessite souvent une coelioscopie pour faire le diagnostic de la cause, et en particulier rechercher et traiter l'endométriose. Une thérapie cognitivo-comportementale peut être proposée. Les complications sont émaillées par le vaginisme, l'anaphrodisie, l'anorgasmie ou une conjugopathie. Les dyspareunies ont un bon pronostic quand la cause est traitée suffisamment tôt.

4. Paraphilies

4.1. Définition

La paraphilie est une pratique sexuelle qui diffère des actes traditionnellement considérés comme normaux. Communément, la paraphilie est une sexualité atypique ou marginale. Selon le DSM-5, ce sont des impulsions sexuelles répétées et intenses, et fantasmes sexuellement excitants ou comportements impliquant : des objets inanimés (fétichisme), l'humiliation ou la souffrance (non simulée) du sujet lui-même ou de son partenaire (somasochisme), des enfants ou individus non consentants (pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme, sadisme, nécrophilie), se prolongeant au moins 6 mois, causant du désarroi ou une détérioration du fonctionnement social, occupationnel ou autre domaine important.

4.2. Différents types de paraphilies

- Selon l'objet (autour de l'objet sexuel recherché) :
 - humain : inceste, pédophilie, gérontophilie, nécrophilie ;
 - non humain : fétichisme, zoophilie...
- Selon l'objectif (le but recherché) :
 - plaisir de la vue : exhibitionnisme, voyeurisme ;
 - plaisir de la souffrance : sadisme, masochisme ;
 - plaisir localisé : bouche, urètre, anus.

4.3. Diagnostic et sévérité

Le rapport homme/femme est de vingt hommes pour une femme. En effet, en dehors du masochisme, peu de femmes souffrent de paraphilies. Le diagnostic se pose seulement lorsque l'individu agit sous l'emprise de ses impulsions ou est fortement perturbé par celles-ci. Les paraphilies interfèrent à divers degrés avec la capacité du sujet à avoir une activité sexuelle empreinte d'affection et de réciprocité (tableau 2).

Tableau 2 : Classification de la sévérité des paraphilies en fonction du passage à l'acte et de sa fréquence.

Gravité	Légère	Moyenne	Sévère
Passage à l'acte	Non	Oui	Oui
Fréquence	–	Occasionnelle	Répétée

4.4. Principes de traitement

Approche comportementale

L'objectif est de chercher à éliminer le comportement inadéquat pour le remplacer par un comportement plus adapté. La technique de l'aversion est parfois utilisée via des stimuli

aversifs qui peuvent être de nature chimique (vomitifs, nausées) ou électro-chocs, imagerie aversive ou honte. La technique d'évitement par anticipation correspond à l'apprentissage d'une sexualité plus adaptée :

- reconditionnement orgasmique : lors de la masturbation, le fantasme déviant est associé à l'image hétérosexuelle « normale » au moment de l'orgasme ;
- masturbation à satiété : l'individu doit se masturber tout en imaginant son fantasme déviant jusqu'à satiété.

Critique de l'approche comportementale où seul le symptôme est traité : elle est basée sur le changement de comportement. Or, les émotions doivent aussi changer.

Approche analytique (sexo-analyse)

L'accent est mis sur la compréhension du désordre sexuel. La modification de l'imaginaire érotique implique une expérience correctrice. À moyen terme, l'individu est amené à produire des fantasmes érotiques et à surmonter graduellement les anxiétés qui sont à la base du désordre sexuel.

5. Transsexualisme

5.1. Définition

Le DSM-5 classe le transsexualisme dans les troubles de l'identité sexuelle, les caractéristiques diagnostiques sont :

- Identification intense et persistante à l'autre sexe.
- Expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe, adoption fréquente des conduites où l'on se fait passer pour l'autre sexe, désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe. Le patient a la conviction qu'il(elle) possède les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe ;
- Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante. Le patient a la volonté de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires :
 - traitement hormonal, intervention chirurgicale,
 - tenue vestimentaire.

Le patient pense que le sexe avec lequel il(elle) est né(e) n'est pas le bon. L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite. La souffrance est significative et s'associe à une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle, il faut s'enquérir de savoir s'ils sont attirés sexuellement par les hommes, les femmes, les deux ou ni par un sexe ni par l'autre.

5.2. Classification

- **Transsexualisme primaire** : le sujet s'est toujours senti du sexe opposé depuis le jeune âge voire même l'enfance.

- **Transsexualisme secondaire** : l'apparition des troubles est plus tardive.

5.3. Problématiques

Le transsexualisme pose un problème d'état civil (passeport, mariage, héritage...). La législation est extrêmement variable d'un pays à l'autre. Il faut évaluer précisément la souffrance psychologique du « candidat transsexuel ». Il n'est pas rare de voir de la part du patient des comportements d'automutilation, de passage à l'acte suicidaire ou de dépression. Souvent, le patient souffre de discrimination et d'un sentiment de rejet de la

société. La transformation hormono-chirurgicale n'est qu'une solution d'apparence et de portée souvent limitée (les souffrances restent).

5.4. Principes de la prise en charge

La prise en charge est nécessairement **multidisciplinaire** incluant : psychiatre, endocrinologue, chirurgien, services sociaux, psychologue. **L'évaluation du patient est longue** (minimum 2 ans), et au cours de celle-ci aucune décision irréversible n'est prise.

- Évaluation psychiatrique

Elle est longue et répétée et doit inclure l'entourage. Elle doit établir un diagnostic précis du trouble de l'identité. Elle recherche une contre-indication à la transformation hormono-chirurgicale : psychopathie (délire, fétichisme...), visée utilitaire (prostitution).

- Évaluation endocrinologique

La recherche clinique et biologique d'une affection susceptible d'entraîner ou de favoriser un trouble de l'identité de genre doit être effectuée (cf. § VI.A. Définition). Le bilan doit confirmer **l'intégrité du système endocrinien**. Il faut évaluer les caractères **sexuels secondaires et les organes génitaux externes** avant leurs éventuelles modifications ultérieures. Il faut s'efforcer de rechercher des **contre-indications à un éventuel traitement hormonal** ultérieur (adénome hypophysaire, AVC, diabète non équilibré, HTA sévère...), sachant qu'après castration ce traitement sera indispensable et définitif.

- Traitement hormonal :

- homme : antiandrogènes (effets réversibles) puis œstrogènes (irréversibles ou partiellement réversibles) ;
- femme : progestatifs (effets réversibles) puis testostérone (irréversibles ou partiellement réversibles).

- Prise en charge médico-sociale

En France, ces patients sont pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Expérience en vie réelle (*real life test*) d'une durée de 1 an :

- le sujet se présente comme un sujet de l'autre sexe ;
- il ne se limite pas au travestissement ;
- rédaction d'un certificat médical attestant que « le sujet se présente sous une apparence féminine (ou masculine) pour des raisons exclusivement médicales ».

- Bilan psychologique

- Test de niveau (Binois-Pichot) et de personnalité (Rorschach et MMPI).
- Comparaison de l'indice d'anxiété et l'échelle de masculinité-féminité à des profils types masculins ou féminins.

- Prise en charge chirurgicale

- Constater l'état des organes sexuels.
- Rechercher des anomalies physiques susceptibles de gêner une éventuelle intervention ultérieure (obésité morbide par exemple).
- Éliminer une contre-indication opératoire (troubles de l'hémostase, décompensation d'une séropositivité...).
- Information éclairée du patient, souvent mal renseigné.
- Évaluer la motivation du « candidat transsexuel ».
- **Transformation chirurgicale :**
 - Homme : castration bilatérale (**ablation des testicules, des corps caverneux et spongieux**) suivie de la création d'un **néo-vagin** tapissé par la peau pénienne retournée en doigt de gant et de grandes lèvres à partir du scrotum. Il est réalisé

un **néo-clitoris** grâce à un lambeau en îlot neuro-vasculaire taillé au niveau du gland et une **urétrostomie périnéale** ;

- Femme : mammectomie et **hystéro-ovariectomie non conservatrice**. Elle est éventuellement complétée par une **phalloplastie**. Il est à noter que la phalloplastie n'est pas exigée pour obtenir le changement d'état civil.

Figures :

Figure 1 : Phase d'une relation sexuelle normale

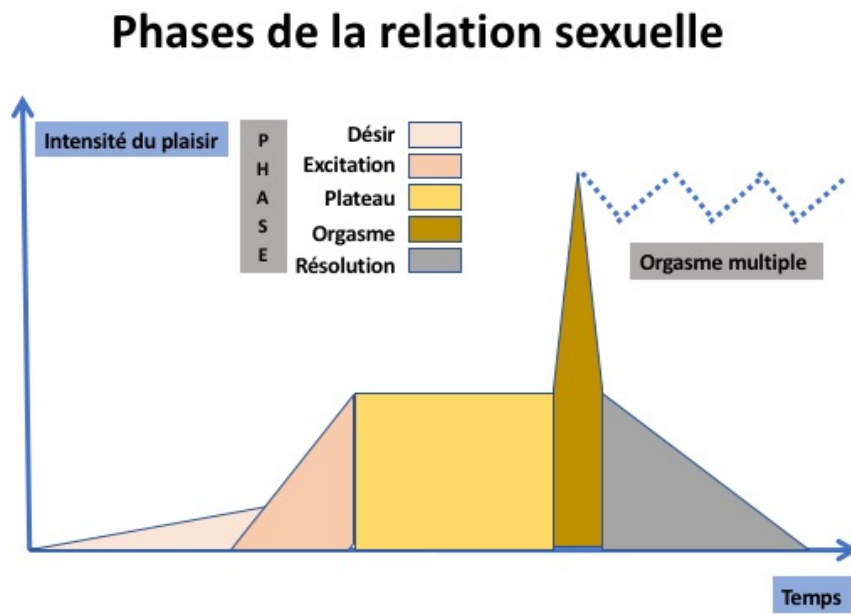


Figure 2 : Troubles sexuels chez l'homme

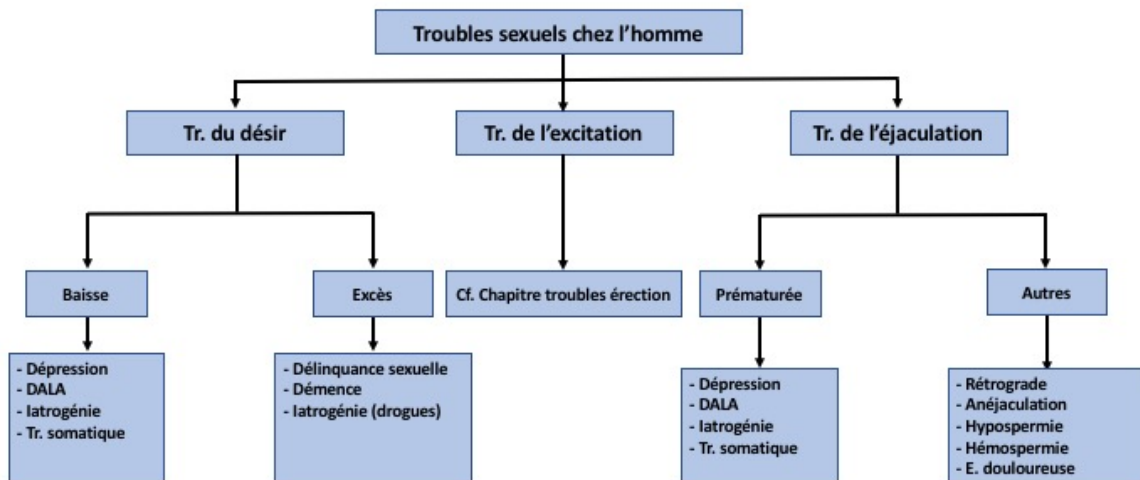


Figure 3 : Réponse sexuelle d'un éjaculateur prématuré

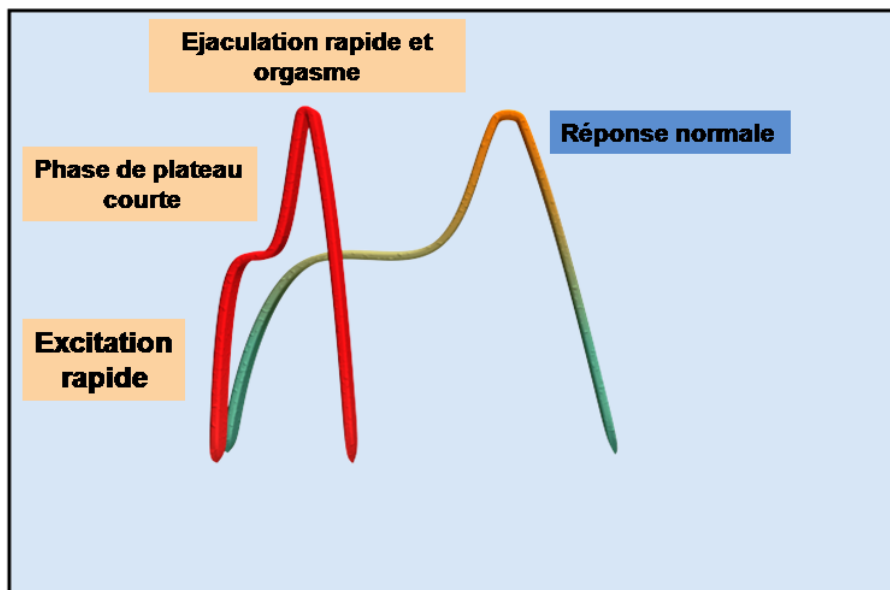
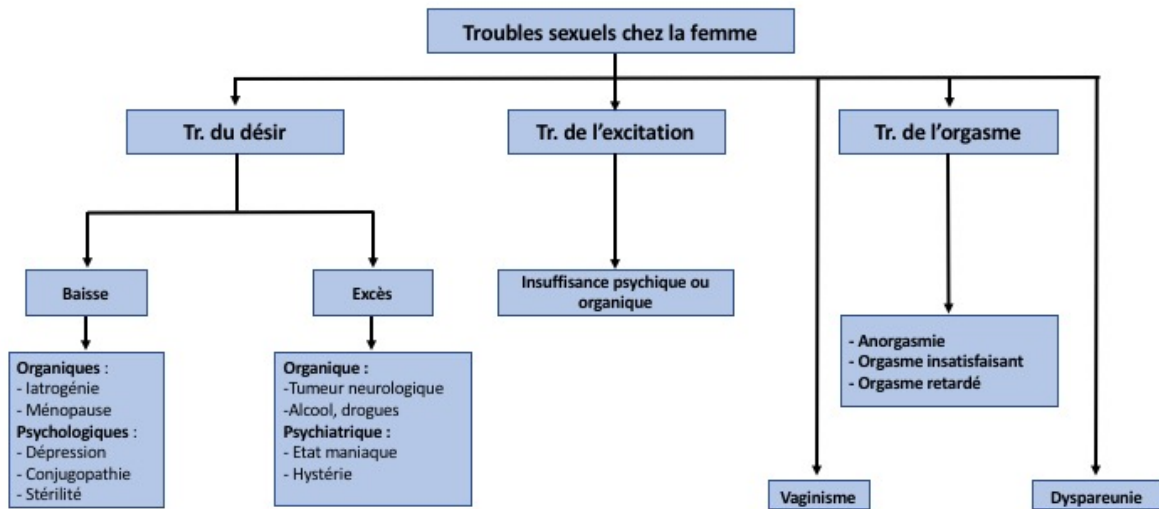


Figure 4 : Troubles sexuels chez la femme



Résumé

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	définition	<p>Genres, sexualités et société. Enjeux de reconnaissance et médicalisation</p> <p>Sexualité normale : La sexualité dite « normale » fait partie de la définition de la « bonne santé » selon l'OMS. On parle désormais de « santé sexuelle ». Même s'il n'est pas possible de définir une sexualité normale, une dysfonction de l'une des réponses sexuelles physiologiques à l'excitation : désir, érection, éjaculation, orgasme expose l'individu à des souffrances parfois importantes, parfois causes de dépression.</p> <p>Les types de dysfonction sexuelle (DSM-V) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les dysfonctions sexuelles (troubles du désir, de l'excitation ou de l'orgasme ; les troubles sexuels avec douleur) • Les dysfonction sexuelles dues à une affection médicale générale • Les paraphilies • Les troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme) <p>L'identité sexuelle relève de trois composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sexe biologique (organe sexuel masculin ou féminin) • Le sexe social (être élevé et perçu comme un homme ou une femme par la société : Expression de genre) • Le sexe psychologique (se sentir homme ou femme : Identité de genre) <p>Les conséquences des troubles sexuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les dysfonctionnements de la réponse sexuelle, peuvent exposer l'individu et son couple à des souffrances, parfois importantes. • Les troubles du comportement sexuel peuvent être responsables de conduites délictueuses (viols agressions sexuelles). 	None
A	Éléments physiopathologiques	<p>Connaitre les quatre phases du rapport sexuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excitation • Plateau • Orgasme – Éjaculation • Résolution 	None
A	Diagnostic positif	Sémiologie des principales dysfonctions sexuelles masculines et féminines	None

1. Principales dysfonction masculines

Troubles de l'excitation/érection

- (Cf. Item 126 – Trouble de l'érection)

Les troubles de l'éjaculation

- **Anéjaculation**

- Définit par l'absence d'émission de sperme par le méat urétral
- Associé ou non à un trouble de l'orgasme

- **Éjaculation prématurée**

- Un délai entre l'intromission du pénis et l'éjaculation < 1 minute
- Et, une impossibilité de retarder l'éjaculation
- Et, un sentiment d'insatisfaction ou de frustration de l'un des deux partenaires

- **Éjaculation rétrograde**

- Définit par l'expulsion de l'éjaculat vers la vessie
- Défaut de fermeture du col vésical
- Elle n'empêche pas l'orgasme

2. Principales dysfonction féminines

Troubles de l'orgasme

- **Anorgasmie :**

- C'est une absence d'orgasme malgré une stimulation et une excitation adéquate entraînant une souffrance personnelle

- **Orgasme insatisfaisant**

- **Orgasme retardé**

- La stimulation et l'excitation sont jugées excessives par la femme.

Vaginisme

- Il s'agit d'une contraction musculaire prolongée ou récidivante des muscles du plancher pelvien (élevateurs de l'anus et adducteurs) qui circonscrivent la vulve et le vagin interdisant la pénétration vaginale.

Dyspareunie

- Elle correspond à des douleurs déclenchées par les relations sexuelles (pénétration).

B	Diagnostic positif	<p>Connaitre les éléments de l'interrogatoire permettant d'identifier les troubles de la sexualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age du patient et de sa/son partenaire • ATCD médicaux et chirurgicaux et psychiatriques • Traitement au long cours • Intoxication : tabac, alcool, stupéfiants • Fréquence des rapports sexuels • État de la satisfaction • Demandes, frustrations et attentes • Préciser quelle étape de la relation est dysfonctionnelles (excitation, érection, pénétration, orgasme...) • État de la relation de couple (existence de conjugopathie) 	None
A	Diagnostic positif	<p>Connaitre les quatre composantes impliquées dans la sexualité</p> <p>La sexualité implique quatre composantes. Leurs interactions permettent l'accomplissement d'une sexualité épanouie.</p> <p>Le couple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lieu de l'expression de la sexualité • Espace rassurant et bienveillant indispensable : notion de sécurité affective • Les conjugopathie (dysfonctionnement au sein du couple) peuvent limiter l'épanouissement de la sexualité <p>L'intégrité anatomique et fonctionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séquence d'évènements physiologiques indispensables à l'émergence et au déroulement de la réponse sexuelle. • Les altérations anatomiques ou fonctionnelles peuvent affecter l'émergence et/ou l'enchaînement de ces séquences physiologiques et altérer la réponse sexuelle et limiter ainsi l'épanouissement de la sexualité <p>L'intégrité psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séquence d'évènements émotionnels indispensables à l'émergence et au déroulement de la réponse sexuelle. • Les atteintes psychologiques et affectives peuvent affecter l'émergence et/ou l'enchaînement de ces séquences émotionnelles et altérer la réponse sexuelle et limiter ainsi l'épanouissement de la sexualité <p>L'environnement</p>	None

		<ul style="list-style-type: none"> • La sexualité prend place dans un contexte composite social, économique, politique, historique, éthique, juridique, spirituel et religieux • Les normes et les contraintes liées au contexte peuvent directement influencer l'accomplissement de la sexualité. 	
A	Étiologies	<p>Connaître les causes organiques des dysfonctions sexuelles masculines et féminines</p> <p>1. Étiologies des dysfonctions masculines</p> <p>Troubles de l'excitation/érection</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Cf. Item 126 – Trouble de l'érection) <p>Les troubles de l'éjaculation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anéjaculation <ul style="list-style-type: none"> ○ Causes neurologiques centrales (sclérose en plaques, lésion médullaire) et périphériques (diabète) ○ Hypogonadisme ○ Iatrogénie médicamenteuse : psychotropes, tramadol, anti-hypertenseurs d'action centrale, inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine ○ Iatrogénie chirurgicale : prostatectomie totale • Éjaculation prématurée <ul style="list-style-type: none"> ○ Hyperthyroïdie ○ Causes neurologiques : lésion du cône terminal • Éjaculation rétrograde <ul style="list-style-type: none"> ○ Causes neurologiques centrales (sclérose en plaques, lésion médullaire) et périphériques (diabète) ○ Hypothyroïdie ○ Iatrogénie médicamenteuse : alpha-bloquant ○ Iatrogénie chirurgicale : curage lombo-aortique, traitement chirurgical de l'adénome prostatique <p>2. Principales dysfonction féminines</p> <p>Troubles du désir/excitation/orgasme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causes neurologiques • Causes endocriniennes 	None

		<ul style="list-style-type: none"> • Hypogonadisme primaire et secondaire • Facteurs psychologiques et relationnels <p>Vaginisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme gynécologique : vaginite mycosique, vaginite à Trichomonas, vaginite atrophique de la ménopause. • Traumatisme obstétrical : déchirure, épisiotomie mal réparée. • Traumatisme iatrogène : radiothérapie pelvienne. <p>Dyspareunie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superficielles (douleur à l'intromission) <ul style="list-style-type: none"> ○ Cicatrices périnéales (épisiotomie, déchirure obstétricale) ○ Infections : herpès, mycose, bartholinite, condylomes • De présence (pendant le coït) <ul style="list-style-type: none"> ○ Mycose • Profondes (balistiques, douleur au fond du vagin) <ul style="list-style-type: none"> ○ Cervicite ○ Annexite ○ Endométriose 	
B	Étiologies	<p>Connaitre les autres étiologies des principales dysfonctions sexuelles</p> <p>1. Étiologies des dysfonctions masculines</p> <p>Troubles de l'excitation/érection</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Cf. Item 126 – Trouble de l'érection) <p>Les troubles de l'éjaculation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anéjaculation <ul style="list-style-type: none"> ○ Intoxication éthylique ○ Prise de stupéfiants • Éjaculation prématurée <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychogène <p>2. Principales dysfonction féminines</p> <p>Troubles du désir/excitation/orgasme</p>	None

		<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs psychologiques et relationnels <p>Vaginisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rigorisme religieux, le conformisme social avec culpabilisation des plaisirs du corps. • Un antécédent d'abus sexuel : attouchements, viol, inceste malheureusement fréquent et à rechercher systématiquement. • Une tendance homosexuelle latente ; • Le rejet du partenaire (symbolise le refus d'une relation vécue comme un état d'infériorité avec un homme que l'on méprise). <p>Dyspareunie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superficielles (douleur à l'intromission) <ul style="list-style-type: none"> ○ Bride hyménale • De présence (pendant le coït) <ul style="list-style-type: none"> ○ Atrophie vaginale ○ Sécheresse vaginale 	
B	Prise en charge	<p>Savoir orienter la prise en charge d'un couple présentant des troubles de la sexualité</p> <p>Prise en charge globale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer et traiter le(s) symptôme(s) • Rechercher les éléments déclencheurs personnels et au sein du couple • Évaluer le retentissement personnel et sur le couple <p>Première consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lieu et temps dédiés • Attitude d'écoute • Patient et son partenaire • Interrogatoire du patient et de son partenaire, avec questions ouvertes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Histoire de la maladie ○ Profil du patient ○ Évènements de vie positifs/négatifs ○ Désir de prise en charge du patient/du partenaire • Examen physique ciblé du patient 	None

		<p>Modalité de la prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifier la demande réelle du patient et du couple• Fixer les objectifs avec le patient et le couple (implication active)• Mettre en place une stratégie thérapeutique :<ul style="list-style-type: none">○ Travail d'information et d'explications rationnelles concrètes○ Psychothérapie de soutien○ Techniques d'affirmation de soi○ Travail de gestion émotionnelle○ Apport pharmacologique si besoin○ Approche dite « corporelle » : souvent fondamentale, fondée sur une meilleure prise de conscience comportementale, sensorielle et émotionnelle ;○ Prise en charge relationnelle : sous forme de thérapie de couple, fondée sur l'amélioration de la communication entre les partenaires○ Prise en charge des causes organiques dans le cadre d'une approche multidisciplinaire	
--	--	---	--