

LA MEDECINE SEXUELLE POUR L'INTERNE D'UROLOGIE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION A LA MEDECINE SEXUELLE..... | 2 |
| ANATOMIE DE L'APPAREIL GENITAL | 5 |
| CONTRACEPTION MASCULINE | 8 |
| DYSFONCTION ERECTILE..... | 12 |
| SEXUALITE ET CANCER DE PROSTATE | 18 |
| SEXUALITE ET CANCER DU PENIS | 22 |
| LES COURBURES DE VERGE : MALADIE DE LAPEYRONIE | 25 |
| LES COURBURES DE VERGE : COURBURES CONGENITALES..... | 30 |
| EJACULATION PREMATUREE | 32 |
| DEFICIT EN TESTOSTERONE LIE A L'AGE..... | 36 |
| CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES..... | 40 |
| PHIMOSIS ET POSTHECTOMIE..... | 43 |
| IATROGENIE MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE SEXUELLE | 47 |
| LES QUESTIONNAIRES EN MEDECINE SEXUELLE | 49 |

INTRODUCTION A LA MEDECINE SEXUELLE

La médecine sexuelle n'est pas qu'une spécialité médicale

La prise en charge sexuelle en urologie ne peut se résumer à de simples aspects mécaniques, vasculaires, ou anatomiques qu'il faudrait médicalement corriger pour restaurer une sexualité antérieure ou désirée. La prise en charge doit intégrer une approche bio-psycho-sociale et s'efforcer d'identifier les différents facteurs à prendre en charge dans chacun de ces trois champs. Cette approche holistique est grandement favorisée par un travail en réseau intégrant andrologue, psychologue, sexologue, kinésithérapeute, urologue.

On peut également rappeler que les questions sexuelles s'inscrivent dans une longue histoire de politisation. Pratiquer la médecine sexuelle amène souvent à se confronter à l'expression des libertés sexuelles, qui ont été formalisées juridiquement et politiquement en 2014 par la publication de la Déclaration des droits sexuels de l'Association mondiale pour la santé sexuelle (<https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-of-sexual-rights/>). Ces libertés sexuelles comprennent notamment le droit à la non-discrimination, le droit de s'unir et de se séparer selon toute forme d'union fondée sur l'égalité et le consentement, le droit de décider d'avoir des enfants ou non. La médecine sexuelle a bien pour but d'améliorer la santé sexuelle (<https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health/>), et cette amélioration nécessite de s'intégrer dans la compréhension des droits sexuels (l'application des droits humains à la sexualité) et du plaisir sexuel (la satisfaction issue des expériences érotiques quelles qu'elles soient).

Les barrières à la pratique de la médecine sexuelle

Cela étant dit, dépasser la seule pratique biomédicale de la médecine sexuelle est un exercice difficile tant les barrières sont nombreuses. On pourra citer le manque de temps, le manque de connaissance (savoir) et plus encore en matière de savoir-faire et de savoir-être (posture), la

peur d'offenser, le peu de traitements pharmacologiques disponibles (notamment chez les femmes), l'inconfort face à un patient du genre opposé, le manque de moyen de communication, le manque de formation en santé sexuelle, ne pas savoir à qui référer. La médecine sexuelle a également longtemps été restreinte par une approche basée sur le risque, s'intéressant surtout aux conséquences négatives des relations sexuelles (infections transmissibles, grossesses non désirées). Sans chercher à minimiser ces risques, les professionnel-le-s de santé, dont les urologues, doivent appréhender ce pan de la médecine dans une approche positive, bienveillante, non jugeante et respectant l'aspiration au plaisir sexuel et au bien-être sexuel de chaque individu.

Comment intégrer le plaisir sexuel à la pratique de la médecine sexuelle ?

- ◇ Respecter l'autonomie de la personne concernant son corps et sa sexualité, et son droit à expérimenter le désir et le plaisir dans sa vie quotidienne
- ◇ Ouvrir la discussion sur le plaisir en ayant compris son articulation avec la santé sexuelle et les droits sexuels de chaque personne
- ◇ Être conscient-e de ses propres préjugés et préférences
- ◇ Ne pas oublier que les personnes à votre consultation sont en demande de sexe et non de médecine sexuelle

Conseils pour une consultation réussie en médecine sexuelle

- ◇ Prenez le temps
- ◇ Garder une posture empathique
- ◇ Bien définir pourquoi la personne est venue vous voir (plainte) et ce qu'elle attend (quel est son « ticket d'entrée »)

- ◇ Soyez positifs sur la sexualité de la personne en face de vous et sur la diversité des anatomies et des plaisirs sexuels
- ◇ Ne craignez pas d'être explicite, en gardant un langage adapté à la personne avec laquelle vous communiquez

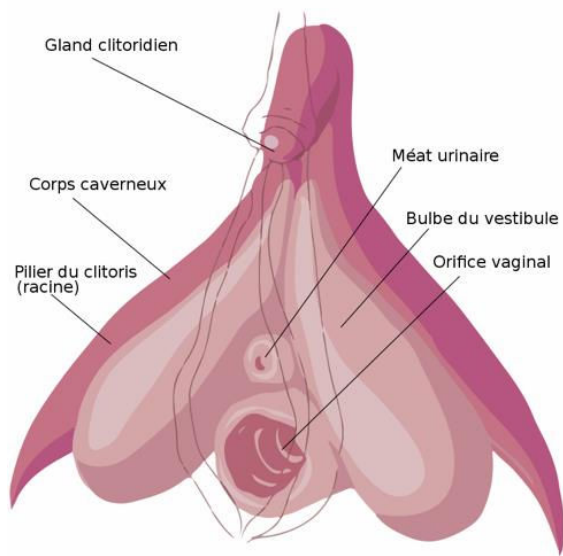
Pour aller plus loin

- ◇ Les e-JAMS (Journées d'Andrologie et de Médecine Sexuelle) de l'AFU
- ◇ Les Journées Francophones de Sexologie et de Santé Sexuelle (JF3S)
- ◇ Le congrès annuel ainsi que les cours et webinaires de l'European Society of Sexual Medicine (ESSM) (<https://www.essm.org/>)
- ◇ La série Masters of Sex (2013-2016, Showtime)
- ◇ Guide d'Education à la Sexualité Humaine à l'attention des professionnels, Réjean Tremblay, éditions Erès

ANATOMIE DE L'APPAREIL GENITAL

Appareil génital féminin

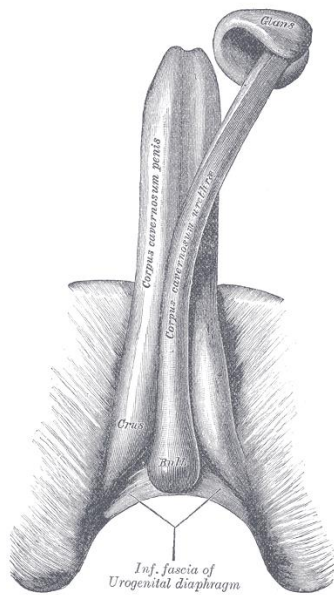
La vulve s'étend en avant du pubis, formée de deux grandes lèvres délimitant la fente vulvaire et deux petites lèvres délimitant le vestibule vaginal. La partie antérieure du sillon inter labial correspond en profondeur à la racine du clitoris. Le vestibule présente une partie antérieure urétrale et une partie postérieure hyménéale.



Le clitoris est formé d'une racine constituée des piliers des corps caverneux clitoridiens et des bulbes vestibulaires, analogue à un corps spongieux masculin séparé par l'orifice vaginal, et d'un corps. Les corps caverneux clitoridiens, longs de 3 à 4 cm, s'adosent au-dessous de la symphyse pubienne pour constituer le corps du clitoris qui monte en

avant de la symphyse pubienne avant de s'infléchir brusquement (coude du clitoris). Le territoire vulvaire antérieur a une vascularisation artérielle issue de l'artère pudendale externe, tandis que le territoire postérieur est sous la dépendance de l'artère pudendale interne à l'origine de l'artère dorsale profonde du clitoris, l'artère urétrale, l'artère bulbaire.

Appareil génital masculin

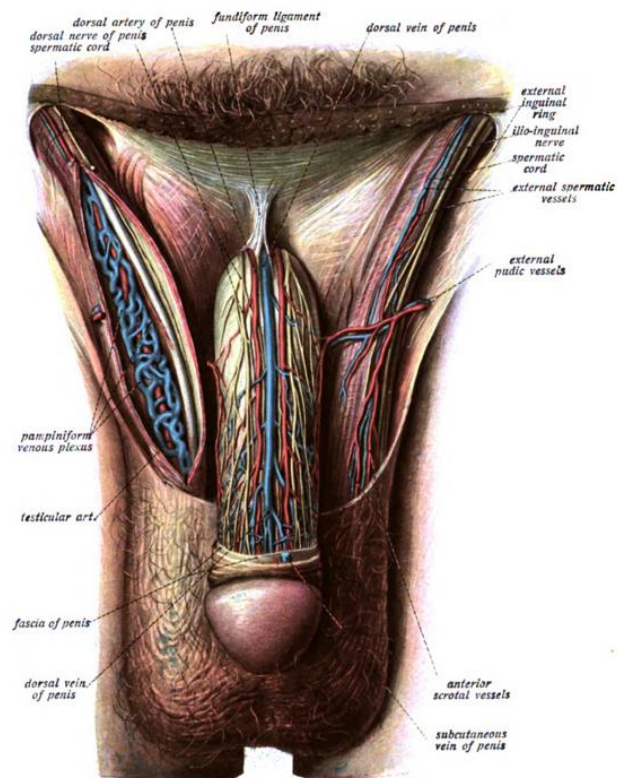


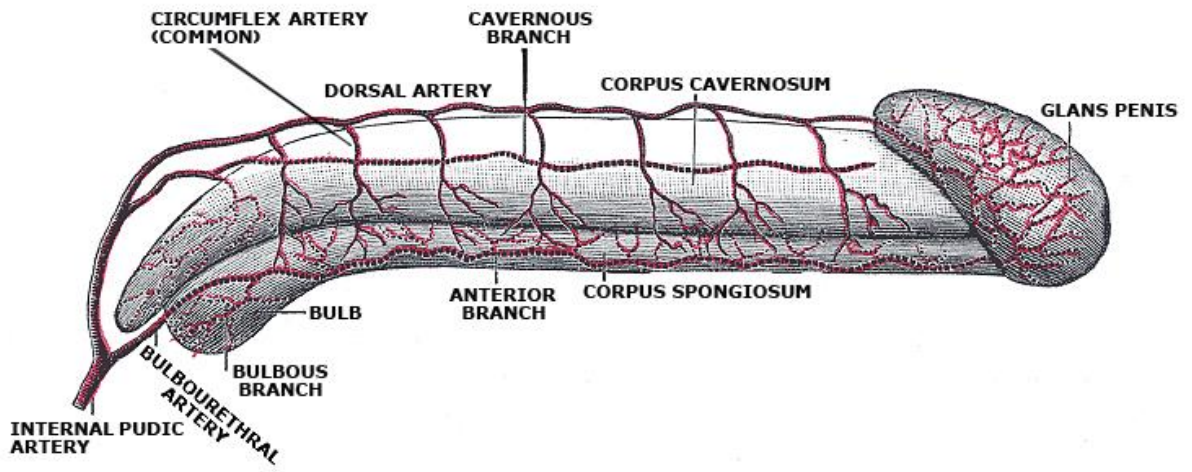
Comme le clitoris, le pénis est formé d'une racine, d'un corps et d'un gland. La racine, fixe, est située dans le périnée et le corps, mobile, est en dessous ou en avant de la symphyse selon son état (flaccide ou en érection). Chaque corps caverneux se fixe au niveau de la racine sur une branche ischio-pubienne et sur le fascia inférieur du diaphragme uro-génital.

Le corps du pénis est maintenu à la face antérieure de la symphyse pubienne par le ligament suspenseur du pénis, triangulaire, et le ligament fundiforme naissant de la partie inférieure de la ligne blanche.

A la face dorsale du corps du pénis circulent les bandelettes vasculo-nerveuses où l'on trouve les nerfs caverneux, provenant du plexus hypogastrique inférieur, et circulant successivement le long des faces postérolatérales des vésicules séminales puis de la prostate avant de rejoindre la face dorsale du pénis et d'envoyer des rameaux pénétrants dans les corps caverneux et spongieux.

La vascularisation artérielle du pénis provient entièrement de l'artère pudendale interne qui va donner l'artère profonde du pénis, l'artère bulbaire, l'artère urétrale puis les artères dorsales du pénis. Un cercle anastomotique communiquant est formé à partir des artères circonflexes.





CONTRACEPTION MASCULINE

Introduction

Le droit sexuel à avoir des enfants ou non doit être soutenu par la capacité à informer librement les personnes d'un couple sur les méthodes de contraception, y compris les méthodes de contraception masculine.

Le préservatif masculin

Prévenant l'émission du sperme dans le vagin par une membrane le plus souvent en latex, il réduit également le risque d'infections sexuellement transmissibles (la prévention est cependant très partielle pour l'HPV). Son indice de Pearl (efficacité contraceptive théorique) est estimé à 2, mais son efficacité dans la vie réelle est de 15 (Ameli.fr). Depuis 2018 il existe une prise en charge par l'assurance maladie (remboursable à 60%) de plusieurs préservatifs : EDEN® (laboratoire Majorelle), et Sortez Couverts®, (laboratoire Polidis).

La vasectomie

Cadre législatif

Le nombre de vasectomies pratiquées en France est en constante augmentation depuis 2001. En 2015, 3 743 vasectomies avaient été réalisées, on décomptait 21 277 actes en 2021. Sa pratique est clairement encadrée par la loi du 4 juillet 2021 du Code de la Santé Publique relative à l'IVG et la contraception :

« Art. L. 2123-1. - La ligature des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

Quelles informations sont à délivrer ?

Un point important doit être bien compris par la personne demandeuse de la contraception : la vasectomie n'est pas efficace immédiatement et une autre méthode de contraception doit être utilisée avant que la contraception soit confirmée par un spermogramme, à réaliser généralement à 3 mois. Le geste est efficace dans près de 99% des cas. Les critères d'efficacité sont : 1) la concentration de spermatozoïdes est égale ou inférieure à 100000/ml et 2) aucun spermatozoïde mobile n'est observé.

L'autoconservation de sperme (payante dans ce cas) peut être proposée à l'homme en amont du geste, sans caractère obligatoire ni réglementaire. Bien qu'une chirurgie réparatrice (vasectomie reverso) puisse être réalisée, la vasectomie est présentée comme une contraception permanente pour l'homme qui ne désire pas ou ne désire plus d'enfants.

Technique chirurgicale

La vasectomie se déroule en trois étapes: 1) l'anesthésie, 2) l'exposition du canal déférent hors du scrotum et 3) l'occlusion du canal déférent. Le geste peut être réalisé sous anesthésie locale ou générale. L'anesthésie locale doit être privilégiée. Concernant le temps d'exposition du

déférent, l'approche sans scalpel entraînait moins de saignements, d'hématomes, d'infections et de douleurs, ainsi qu'une durée d'opération plus courte que la technique d'incision traditionnelle. (cook et al 2014, PMID: 24683021) La section déférentielle doit comporter une coagulation muqueuse au moins du segment d'aval et peut être renforcée par une interposition de fascia afin d'améliorer l'efficacité de l'intervention.

Autres méthodes de contraception masculine

Contraception thermique

La spermatogénèse optimale se déroulant à 34-35°C, des dispositifs amenant à rapprocher les testicules du corps à 37°C ont été imaginés pour induire un réchauffement à l'origine d'altérations spermatiques compatibles avec un effet contraceptif acceptable. L'utilisation et la commercialisation de ces dispositifs (slips de maintien testiculaire, anneau en silicone), parfois ancienne, s'est récemment heurtée à l'absence d'essai clinique répondant aux normes européennes sur les dispositifs médicaux actifs (décision de l'ANSM du 10/12/2021 portant suspension de mise sur le marché des anneaux en silicone Andro-switch®).

Contraception hormonale

L'utilisation du rétrocontrôle hypophysaire de la testostérone (sur la LH) et de l'inhibine B (sur la FSH) est une méthode contraceptive fonctionnant sur le même modèle que la contraception féminine. Plusieurs schémas ont été testés avec une efficacité contraceptive satisfaisante comme la testostérone seule ou l'association de la testostérone (à visée de supplémentation) avec un progestatif ou un antagoniste de la GnRH. Leur utilisation est pour l'instant limitée par l'absence d'un schéma idéal de contraception validé, et pourrait être favorisée par le développement de nouveaux androgènes de synthèse (non réductibles par la 5-alpha-reductase notamment).

Pour aller plus loin

- ◇ Le congrès de l'International Consortium Dedicated to Male Contraception (ICMC)
(<https://www.ic-mc.info/>)
- ◇ Les recommandations du CAMS sur la vasectomie (à paraître)

DYSFONCTION ERECTILE

Définition

La dysfonction érectile (DE) est définie par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed (DSM-5; *American Psychiatric Association*, 2013) comme une incapacité persistante ou répétée d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante. Une durée minimale de 6 mois (sauf après traumatismes ou chirurgies), et sa présence dans 75% à 100% des tentatives d'obtenir une érection sont nécessaires selon la classification DSM-V

La dimension de souffrance du patient et/ou de son couple (retentissement psychologique), liée à la dysfonction érectile, vient compléter cette définition depuis la classification DSM-IV, reprise dans le DSM-V.

Épidémiologie

La prévalence varie ainsi beaucoup selon les populations et critères diagnostiques utilisés. On peut retenir les valeurs de 10-15% entre 40 et 50 ans et 20-40% entre 60 et 70 ans, l'âge étant un facteur de risque indépendant de DE. La DE est fortement associée aux autres maladies cardio-vasculaires (AVC, infarctus du myocarde), partageant la même physiopathologie et les mêmes facteurs de risques (HTA, hyperlipidémie, tabac, etc.).

Physiopathologie

- ◇ DE psychogène : Parfois associée à une DE organique dans une forme mixte, la DE psychogène peut être réactionnelle à de nombreux évènements : un stress, un traumatisme, une angoisse de performance, une difficulté au sein du couple. Elle pourrait être secondaire à des évènements biologiques en réponse aux évènements extérieurs.

- ◇ DE neurogène : La DE neurogène peut survenir à la suite (rarement) d'une atteinte centrale (iatrogénie médicamenteuse, traumatismes médullaire, AVC, sclérose en plaque) ou d'une atteinte périphérique (souvent) par lésion de l'innervation parasympathique survenant entre les racines sacrées et les terminaisons au sein du tissu érectile (polyneuropathie diabétique ou autre, chirurgie, radiothérapie).
- ◇ DE vasculaire : Liée à une athérosclérose des artères du tissu érectile, la DE vasculaire peut être le symptôme sentinelle d'une atteinte coronaire symptomatique. Son principal mécanisme physiopathologique est la dysfonction endothéliale secondaire aux facteurs de risques cardiovasculaires.
- ◇ DE anatomique : Liée à des atteintes structurelles du pénis (maladie de Lapeyronie, cancer du pénis)
- ◇ DE hormonale : Jouant un rôle essentiel dans le désir sexuel (libido), la testostérone joue un rôle important dans l'excitation au sens large. En cas de déficit, l'homme a moins d'« appétit » sexuel. Les érections réflexes sont rares ou absentes, les érections dans le cadre des activités sexuelles sont difficiles à obtenir. Après supplémentation en testostérone pour un déficit androgénique lié à l'âge, il est nécessaire d'attendre 6 mois en moyenne pour observer une amélioration sur la fonction érectile.

Diagnostic

Le diagnostic de DE est déclaratif et se fait lors de l'interrogatoire. La 1^{ère} consultation est cependant longue car elle doit permettre l'installation d'un climat de confiance tout en évaluant l'histoire médicale et psychosexuelle notamment :

- ◇ Les éventuels problèmes sexuels autre que la DE
- ◇ Les causes habituelles de DE
- ◇ Les facteurs de risques réversibles de DE

- ◇ Le statut psycho-social et le contexte psycho-sexuel

Un examen clinique andrologique doit être réalisé et permet d'évaluer les caractères sexuels secondaires (recherche de signes d'hypogonadisme), le volume testiculaire, de rechercher des anomalies des organes génitaux (déformation et taille du pénis) ou des signes de pathologie prostatique et enfin d'évaluer le statut neurologique et cardiovasculaire

Un bilan biologique de 1^{ère} intention doit être prescrit comprenant : glycémie à jeun, bilan lipidique, et testostéronémie en cas de suspicion d'un déficit androgénique (répétée à quelques semaines d'intervalle si anomalie sur le premier dosage car 20% de normalisation spontanée).

Prise en charge globale

- ◇ Prise en charge active des facteurs de risques et comorbidités vasculaires
- ◇ Prise en compte des facteurs psycho-sociaux, dont l'accompagnement a pour but de favoriser les échanges au sein du couple, réduire l'anxiété de performance, prévenir l'abandon thérapeutique.
- ◇ Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en concertation avec le médecin prescripteur
- ◇ Appréciation de l'état cardiovasculaire du patient. Cette étape est fondamentale et consiste à évaluer si l'état cardiaque du patient lui permet de fournir un effort physique équivalent à celui d'un rapport sexuel avec pénétration vaginale. En pratique, il faut s'assurer que le patient peut monter deux étages ou réaliser 20 minutes de marche rapide. Selon le Consensus de Princeton III : En l'absence de maladie coronarienne connue, chez un patient actif et asymptomatique à l'occasion d'efforts réguliers, avec peu ou pas de facteurs de risque cardio-vasculaire, les inhibiteurs de la PDE5 sont autorisés sans exploration cardiologique préalable. Chez un patient présentant plus de 3 facteurs de risque, les inhibiteurs de la PDE5 ne doivent pas être prescrits sans un avis cardiologique : c'est le cardiologue qui jugera de la nécessité d'un test d'effort.

Prise en charge médicamenteuse

Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5)

| DCI | Nom commercial | Posologie | Pharmacocinétique | Coût moyen | Effets indésirables |
|---------------------------|---------------------|--|---|--|--|
| Sildénafil (générique) | Viagra® Xybilun® | 25 ; 50 ; 100mg 50 ; 75 ; 100mg | A prendre 1h avant une activité sexuelle T _{1/2} 3-5h | Très variable selon les officines et la posologie Un comprimé princeps a un coût autour de 10-12€/cp et son générique autour de 1- 2€/cp | Céphalées Rougeurs Dyspepsie Troubles visuels Congestion nasale Nausées |
| Vardénafil (générique) | Lévitra® | 10 ; 20mg | A prendre 25-60 min avant une activité sexuelle T _{1/2} 4-5h | | |
| Tadalafil (générique) | Cialis® | 2,5 ; 5 ; 10 ; 20mg | A prendre entre 1- 3h avant une activité sexuelle T _{1/2} 17,5h | | |
| Avanafil | Spedra® | 50 ; 100 ; 300mg | A prendre entre 15-30min avant une activité sexuelle T _{1/2} 6 – 17h | | |

Prostaglandines E1 (PGE1)

Les médicaments ayant l'AMM en France sont l'Alprostadil 10 ou 20 µg (Edex®, Caverject®) en injection intracaverneuse et l'Alprostadil 300 µg (Vitaros® en injection intra-urétrale). Il s'agit de traitement inducteur de l'érection agissant à l'initiation de la cascade enzymatique aboutissant à la libération de NO. La stimulation sexuelle n'est donc pas nécessaire à leur effet, à l'inverse des IPDE5 qui sont des traitements facilitateurs. Les injections intra caverneuses par PGE1 nécessitent un apprentissage encadré. L'utilisation d'un stylo injecteur (sur prescription) peut faciliter l'utilisation (aiguille non visible). L'injection intra urétrale a une efficacité moindre qu'intra caverneuse, et elle nécessite une stimulation sexuelle.

Le principal effet secondaire est la douleur du pénis. Le priapisme est rare dans les conditions normales d'utilisation (recherche de la dose minimale efficace par paliers progressifs notamment), mais son risque justifie la contre-indication en cas d'antécédent de priapisme ou de drépanocytose. Le traitement par PGE1 est remboursé à 100% par l'assurance maladie dans les indications suivante : neuropathie diabétique avérée ; séquelles de chirurgie (prostatectomie radicale, cystectomie totale, exérèse colorectale ou anévrisme de l'aorte) ou de radiothérapie abdominopelvienne ; paraplégie et tétraplégie quelle qu'en soit l'origine ; sclérose en plaques ; traumatisme du bassin compliqué de troubles urinaires ; séquelles du priapisme, à hauteur de 2 injections par semaine. La prescription doit alors se faire sur ordonnance d'exception.

Prise en charge mécanique

Vacuum

Il s'agit d'une pompe cylindrique à vide qui, appliquée sur le pubis autour de la verge permet l'étirement du pénis par afflux de sang veineux. Un anneau en silicone de taille adaptée placé à la base de la verge permet de maintenir l'érection pendant le rapport. Non remboursés -et onéreux (200 à 400 € selon les modèles), leur prescription et leur utilisation doit là aussi s'accompagner d'un apprentissage encadré.

Implant érectile

La mise en place d'un implant érectile est une option thérapeutique chirurgicale irréversible sur la fonction érectile future. Il existe des modèles semi-rigides, encore appelées malléables (Boston Tactra®, Coloplast Genesis®, Zephyr Surgical Implants ZSI100®) ou gonflables (Boston AMS700®, Coloplast Titan®, ZSI475®). Les modèles gonflables respectent l'alternance naturelle entre état flaccide et rigide du pénis mais nécessitent des capacités de préhension liée à la manipulation de la pompe située dans le scrotum. Les risques principaux sont liés à

l'infection du matériel (2-3%) et le dysfonctionnement mécanique (la survie d'un implant étant de 95% à 5 ans). L'implant érectile est associé à des taux de satisfaction >90%.

Points clés d'une consultation pour dysfonction érectile

- ◇ Se rappeler que le diagnostic et clinique et prend en compte la satisfaction sexuelle du patient
- ◇ Des questionnaires simples d'évaluation (IIEF-5, EHS) sont utiles pour l'évaluation comme pour le suivi (cf Questionnaires en médecine sexuelle)
- ◇ Le choix de la thérapeutique doit engager un processus de décision partagée après une information sur l'ensemble des traitements disponibles

Pour aller plus loin

- ◇ AUA 2018 Guidelines on Erectile Dysfunction (<https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/non-oncology-guidelines>)
- ◇ EAU 2021 Guidelines on Sexual and Reproductive Health (<https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>)

SEXUALITE ET CANCER DE LA PROSTATE

Une prise en charge globale

Les conséquences du cancer de la prostate sur la sexualité vont bien au-delà des simples séquelles érectiles. Le diagnostic d'un cancer est souvent à l'origine d'une altération significative de l'image corporelle, pouvant d'autant plus retentir sur la sexualité que la maladie touche un organe génital, et que le traitement peut également entraîner une incontinence, vécu avec une connotation d'infirmité. Cette atteinte corporelle, psychologique et sociale va modifier l'équilibre du couple même si les ruptures sont relativement rares (moins de 5% des couples divorcent dans les 2 ans suivant le diagnostic de cancer).

Le traitement curatif des formes localisées de cancer de la prostate touche des hommes généralement actifs, ne souffrant pas des symptômes de leur maladie cancéreuse. Les conséquences fonctionnelles sont ainsi d'autant plus mal vécues qu'elles surviennent chez quelqu'un qui ne souffre d'aucun problème érectile.

Stratégie de prise en charge

- ◇ Informer le patient des conséquences sexuelles des différents traitements du cancer de la prostate et le faire participer au choix thérapeutique.
- ◇ Intervenir tôt (si possible en pré-traitement) dans une approche globale et d'éducation thérapeutique.
- ◇ Reconnaître l'atteinte corporelle importante du cancer de la prostate et ses conséquences sur l'estime de soi, la relation du couple, les peurs des réactions du/de la partenaire.
- ◇ Identifier les facteurs médicaux, psychologiques et relationnels en jeu. Reconnaître et formuler les modifications possibles ou non de chacun de ces facteurs.

- ◇ Définir les objectifs thérapeutiques vers une sexualité nouvelle et différente dans le cadre d'une réalité modifiée par l'antécédent de cancer de prostate.

Conséquences de la prise en charge oncologique

La prostatectomie radicale (PR), et de manière générale les chirurgies pelviennes oncologiques (cystectomie, proctectomie), ont un impact négatif sur la fonction érectile par des lésions survenant au niveau des bandelettes vasculo-nerveuses. Cependant, les lésions anatomiques ne sont pas seules pourvoyeuses de DE, plusieurs études ayant montré que même la surveillance active avait un impact négatif sur la fonction érectile et le bien être sexuel en général. L'étude ProtecT (10 ans de suivi après randomisation entre surveillance active (SA), chirurgie ou radiothérapie, plus de 500 patients dans chaque bras) a rapporté qu'avant prise en charge 67% des hommes avaient une érection assez rigide pour les rapports (âge moyen 62 ans), et que ce pourcentage à 6 mois baisse à 52% en cas de SA, 22% en cas de radiothérapie, 12% en cas de PR.

La DE post PR varie ainsi de 25-75% selon les critères diagnostiques. Seuls 20-25% des hommes opérés retrouveront une fonction érectile spontanée après PR. La DE après radiothérapie augmente significativement dans le temps, pouvant passer de 20-30% à 1 an à 50-60% à 5 ans.

Avant PR, les hommes doivent absolument être informés des conséquences sexuelles de l'intervention : DE, baisse de la libido, modification de la sensation orgasmique, anéjaculation, risque de climaturie, de raccourcissement de la taille de la verge. La Maladie de Lapeyronie est également plus fréquemment retrouvée après PR.

Les facteurs associés à une meilleure récupération de la fonction érectile après prostatectomie sont : l'âge, la fonction érectile préopératoire, la préservation nerveuse peropératoire.

La question de l'incontinence éventuelle (parfois climaturie ou orgasmurie) et de ses conséquences sur la sexualité doit faire partie de la prise en charge.

Prise en charge de la DE après PR : notion de réhabilitation sexuelle

Il est important de faire la distinction entre (1) la DE définitive neurogène consécutive à la section des nerfs érectiles décidée pour des raisons carcinologiques (prostatectomie sans conservation nerveuse) et (2) la DE possiblement temporaire du patient ayant eu une chirurgie avec conservation uni/bilatérale des bandelettes, et liée à une sidération nerveuse postopératoire des nerfs érectiles. Dans le premier cas, les inducteurs de l'érection (alprostadil) sont les seules molécules qui seront efficaces. Dans le second cas, il y a un rationnel à entretenir l'organe durant la période plus ou moins longue pendant laquelle l'homme ne pourra maintenir les érections nocturnes physiologiques, afin d'éviter la fibrose souvent définitive des tissus érectiles. De nombreuses études sont en faveur d'une réhabilitation érectile et sexuelle précocement après PR. Bien qu'une meilleure récupération *in fine* n'ait pas été démontrée, l'efficacité d'une telle prise en charge est cependant clairement retrouvée. Un des enjeux est probablement de limiter la perte de longueur du pénis et la fibrose des corps caverneux par une reprise rapide de la fonction érectile.

L'utilisation de traitements pro-érectiles est ainsi importante pour permettre de retrouver une fonction érectile après PR, et favoriser la reprise de l'activité sexuelle. Le protocole efficient de réhabilitation érectile n'a pas encore été clairement défini, mais peut utiliser seuls ou associés des IPDE5 quotidiens (tadalafil 5mg/j) ou à la demande (sildénafil), le vacuum ou des PGE1 (alprostadil 2/sem). La réponse au sildénafil après PR varie de 35-75% en cas de préservation nerveuse à 0-15% en l'absence de préservation. L'utilisation d'injection intra caverneuse de PGE1 est associée à plus d'érections rigides, mais également à plus d'érections douloureuses après PR. In fine, toutes les études en vie réelles témoignent d'un nombre important de patients

décidant d'arrêter le protocole de rééducation sexuelle. Il est important de penser à proposer aux patients ayant une dysfonction érectile réfractaire la pose d'un implant pénien.

Pour aller plus loin

- ◇ EAU 2021 Guidelines on Sexual and Reproductive Health (<https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>)
- ◇ Etude ProtecT : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1606220> et ses résultats fonctionnels (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1606221>)
- ◇ Sexuality following radical prostatectomy: is restoration of erectile function enough? (<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.07.005>)
- ◇ Recommandations de l'INCa sur la préservation de la sexualité après cancer : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Preservation-de-la-sante-sexuelle-et-cancer-synthese>

SEXUALITE ET CANCER DU PENIS

Épidémiologie

Le carcinome épidermoïde du pénis est une tumeur rare dont l'incidence $< 1/100\ 000$ hommes, touchant généralement des hommes âgés. Il s'agit d'un cancer secondaire à l'infection par un HPV oncogène. Cependant près de 50% des cas sont diagnostiqués à 60 ans ou moins, chez des hommes le plus souvent actifs sexuellement. La tumeur touche dans la grande majorité des cas l'extrémité distale du pénis (50% le gland, 20% le prépuce).

La survie spécifique à 5 ans est généralement $> 90\%$ en l'absence d'atteinte ganglionnaire.

Le cancer du pénis peut avoir un impact significatif sur l'image de soi, la fonction urinaire, la fonction sexuelle, et ainsi altérer la qualité de vie liée à l'état de santé.

Le traitement de la tumeur pénienne est variable selon la localisation et la profondeur de l'atteinte cancéreuse. Il peut faire appel à une prise en charge topique (crèmes cytotoxiques, laser), de la curiethérapie, une prise en charge chirurgicale (resurfaçage, glansectomie, amputation partielle ou totale en cas de tumeur avancée). Quel que soit le traitement appliqué ou la technique chirurgicale utilisée, la prise en charge doit chercher à préserver le maximum de tissus et des fonctions urinaire et sexuelle de la verge, sans compromis oncologique.

Conséquences de la prise en charge oncologique

Une majorité des patients ont déjà une atteinte de leur vie sexuelle en préopératoire, liée à l'atteinte cancéreuse et aux conséquences psychologiques du diagnostic. La prise en charge peut ainsi améliorer significativement leur vie sexuelle, mais rarement restaurer celle antérieure à la maladie cancéreuse.

Après un traitement conservateur par Laser pour les lésions $< T1b$, la fonction érectile est préservée, mais des difficultés à pratiquer certaines activités sexuelles à cause de douleurs résiduelles peuvent être présentes.

Le resurfaçage est une alternative chirurgicale pour ces mêmes lésions <T1b, consistant à réaliser l'exérèse de la muqueuse glandulaire, remplacée par une greffe de peau mince. Le retour à la vie sexuelle antérieure est généralement possible en 3 à 5 mois, avec une fonction érectile également préservée et un aspect cosmétique satisfaisant.

Pour des lésions plus profondes (T1b, T2), une biopsie-exérèse seule est possible si la lésion fait <50% du gland, et produit des meilleurs résultats sexuels qu'une glansectomie, sans effet significatif sur la fonction érectile.

En cas d'atteinte plus large, la glansectomie produit un raccourcissement de la verge et des sensations réduites. Une récupération de sensation érogène à l'extrémité distale des corps caverneux est cependant possible après réparation, le plus souvent par greffe de peau mince.

Après amputation partielle, les érections permettant un rapport sexuel sont possibles pour près de la moitié des patients mais avec une satisfaction de leur vie sexuelle significativement altérée.

Reconstruction

Des chirurgies de reconstruction totale du pénis sont envisageable après amputation totale chez des patients en rémission. Les reconstructions par lambeaux autologues (phalloplasties) sont associées à des résultats fonctionnels satisfaisants malgré un taux important de complications chirurgicales. Une alternative est récemment apparue avec la première expérience américaine de transplantation pénienne par donneur décédé chez un patient amputé pour cancer du pénis pT3N0M0.

Pour aller plus loin

- ◇ Recommandations du CCAFU sur le Cancer du Pénis (<https://www.urofrance.org/publications/recommandations/>)
- ◇ Impact of sexual activity on the risk of male genital tumors: a systematic review of the literature. (<https://doi.org/10.3390/ijerph18168500>)
- ◇ Prise en charge de la sexualité après traitement du cancer du pénis. Progrès en Urologie - FMC, 2022 (<https://doi.org/10.1016/j.fpurol.2022.11.002>)

LES COURBURES DE VERGE : MALADIE DE LAPEYRONIE

Épidémiologie et physiopathologie

La Maladie de Lapeyronie (ML) est caractérisée par l'apparition d'une plaque de fibrose touchant l'albuginée des corps caverneux. Elle évolue habituellement en une phase active « inflammatoire », douloureuse mais inconstante (50% des cas), suivie d'une phase séquellaire pendant laquelle le patient vit avec les conséquences de la maladie, notamment des déformations du pénis (courbure en érection, rétrécissement en longueur ou en sablier) secondaires à l'apparition d'une ou plusieurs plaques de fibrose plus ou moins calcifiées.

Survenant généralement entre 50 et 60 ans, sa prévalence a été rapportée jusqu'à 10%. Elle est parfois associée à une maladie de Dupuytren ou de Ledderhose et peut se retrouver jusque chez 15% des patients opérés d'une prostatectomie radicale. Sa physiopathologie est mal connue, l'hypothèse privilégiée aujourd'hui étant celle de microtraumatismes répétés au niveau de l'albuginée, entraînant la dégradation des fibres élastiques et à la formation d'une plaque de collagène de type 1.

Diagnostic et évaluation

Le diagnostic est purement clinique et aucun examen complémentaire n'est obligatoire. Il doit comprendre :

- ◇ Une évaluation de la douleur
- ◇ Une évaluation de la fonction érectile (EHS, IIEF). Cette étape est primordiale notamment en cas de décision thérapeutique chirurgicale. Elle peut être difficile si les activités sexuelles ont été arrêtées dans les suites de la ML, et nécessite de bien expliquer au patient l'importance de cette phase d'évaluation qui peut nécessiter l'instauration de traitement pro-érectile (IPDE5)

- ◇ Un examen du pénis avec mesure de la longueur en traction maximale, palpation des corps caverneux à la recherche d'une ou plusieurs plaques.
- ◇ Caractérisation de la courbure : direction de l'axe principal (le plus souvent dorsal), ou courbure complexe. L'évaluation peut se faire à partir de photographies de la verge en érection rapportées par le patient ou après induction pharmacologique d'une érection.
- ◇ Une évaluation des conséquences sexuelles et de la gêne liée à la ML. Cette phase, très individuelle et subjective, est importante pour là encore guider la thérapeutique. En l'absence de gêne personnelle et sexuelle, et quel que soit la sévérité de la courbure, l'abstention thérapeutique est de mise.
- ◇ Une évaluation psychologique évaluant les retentissements de la ML, qui peuvent être majeurs sur la sexualité, mais également dans des champs sociaux plus large (relation de couple, image de soi)
- ◇ Un questionnaire spécifique peut être utilisé lors du bilan initial et au cours du suivi : le Peyronie Disease's Questionnaire (PDQ)

Points clés d'une consultation pour ML

- ◇ Évaluer précisément quelle est la gêne sexuelle
- ◇ Avoir une idée précise de la fonction érectile
- ◇ Prendre le temps d'informer sur l'ensemble des traitements possibles et leurs effets escomptés
- ◇ S'assurer de la compréhension du traitement proposé (information +++)
- ◇ Lutter contre les attentes irrationnelles
- ◇ Ne pas précipiter une décision chirurgicale : pas avant 6 mois de stabilité de la déformation

- ◇ Savoir gérer le temps pour accompagner le patient dans un parcours de soins souvent long et frustrant

Prise en charge

Traitements oraux

L'absence d'étude de qualité analysant l'efficacité des traitement oraux dans le cadre de la ML fait qu'aucun traitement oral ne peut être recommandé, et qu'aucun n'a obtenu d'AMM dans cette indication. Les seuls traitements oraux pouvant être utilisés sont les AINS en cure courte en cas de douleurs pénienues et les IPDE5 en cas de DE associée.

Traitements injectables

La collagénase de *Clostridium histolyticum* (Xiapex[®]) est le seul traitement en injection intra-plaque ayant démontré son intérêt sur la réduction de la courbure lors d'une étude multicentrique randomisée contre placebo (17° vs 9° dans le groupe placebo) et ayant obtenu une AMM pour la ML. Il n'est plus commercialisé par le laboratoire Sobi depuis 2020.

L'interféron alpha2B a démontré une réduction de la courbure contre placebo (13°), mais ne possède pas l'AMM pour la ML et reste peu accessible en pratique courante.

Traitements mécaniques

Plusieurs traitements mécaniques (traction-thérapie, extenseurs pénienues, vacuum) ont été proposés selon différents protocoles, souvent exigeants en termes d'observance. Ces dispositifs, non remboursés, peuvent avoir un intérêt limité, basé sur un faible niveau de preuve.

Traitements chirurgicaux

Indication

Un traitement chirurgical peut être proposé en phase stabilisée de la maladie, lorsque la déformation du pénis est à l'origine d'une insatisfaction sexuelle.

La prise en charge chirurgicale se discute selon une balance entre obtention d'une rectitude fonctionnelle et effets secondaires (dysfonction érectile, raccourcissement du pénis).

Chirurgie de la convexité : Plicatures

La chirurgie par plicature est le traitement chirurgical le plus souvent pratiqué pour la correction de la courbure. Il consiste à plicaturer le côté opposé à la plaque par différentes techniques (Nesbit, Diamond shape, Yachia), avec ou sans excision albuginéale, jusqu'à obtention d'une rectitude de la verge. Les plicatures peuvent être répétées à différents endroits de l'albuginée selon la courbure. Chaque plicature est à l'origine d'un raccourcissement de la verge et c'est pour cela que les indications sont généralement limitées aux courbures simples, inférieure à 60°, avec une taille de verge suffisante (l'obtention post opératoire d'une verge <10cm en érection pouvant exposer à des difficultés sexuelles significatives). L'obtention de la rectitude est généralement permise dans 80-90% des cas, pour un raccourcissement de 0,5 à 2cm selon le degré de courbure initiale. La fonction érectile est le plus souvent préservée. Les nœuds de plicature sont le plus souvent palpables mais rarement gênant.

Chirurgie de la concavité : Incision - Patch

La chirurgie par incision patch consiste à inciser la plaque fibreuse pour permettre un étirement rectiligne de la verge. Le défaut albuginéal en résultant est recouvert d'un patch qui peut être autologue (ex : muqueuse buccale, veine saphène, vaginale testiculaire) ou hétérologue (ex : Tutoplast®, SIS®, Tachosil®).

La rectitude est également permise dans plus de 80% des cas, avec un risque principal d'altération de la fonction érectile dans environ 25% des cas. Une réhabilitation post-opératoire précoce est nécessaire pour éviter la rétraction du greffon et associe généralement un traitement par IPDE5 à une extension mécanique (vacuum, extenseur pénien).

Cette technique est habituellement conseillée en cas de courbure de plus de 60°, de courbure complexe, avec fonction érectile préservée.

Implant érectile

En cas de MP associée à une DE ne répondant pas aux traitements pharmacologiques, la chirurgie de prothèse érectile va permettre la correction simultanée des deux troubles et doit être ainsi privilégiée.

Pour aller plus loin

- ◇ EAU 2021 Guidelines on Sexual and Reproductive Health (<https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>)
- ◇ Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge de la maladie de Lapeyronie : rapport du comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'AFU (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708720306928/>)
- ◇ Comparing and contrasting peyronie's disease guidelines: points of consensus and deviation (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8519165/>)

LES COURBURES DE VERGE : COURBURES CONGENITALES

Les courbures congénitales du pénis (CCP) se caractérisent par la présence innée d'une courbure à l'érection, sans anomalie de l'urètre (notamment sans hypospadias, épispadias). Il s'agit d'une atteinte rare (prévalence <1%), pouvant amener une gêne psycho-sexuelle au début de la vie sexuelle. La courbure est ventrale dans la plupart des cas mais peut être associée à un certain degré de courbure latérale.

La consultation survient généralement dans 2 situations :

- ◇ Le patient n'a pas encore eu de rapport sexuel et est gêné par sa courbure, à l'origine de difficultés psycho-sexuelles (image corporelle, confiance en soi)
- ◇ Le patient a débuté sa vie sexuelle et la courbure est responsable d'une gêne à la pénétration

L'examen clinique évalue la déformation du pénis en érection (photographies), la longueur du pénis en traction maximale, la fonction érectile (généralement normale), la gêne sexuelle et la souffrance psychologique.

La correction chirurgicale est l'unique option thérapeutique, et peut être proposée si la courbure est responsable d'un handicap sexuel, d'une gêne à la pénétration, ou en cas de retentissement psychologique significatif

Contrairement à la ML où la formation de la courbure résulte d'une rétraction fibreuse de l'albuginée, la CCP résulte d'un excès d'élasticité et le pénis est souvent suffisamment long pour tolérer le raccourcissement induit par les techniques de plicatures. Ces techniques (Nesbit, Yachia), avec ou sans dissection des bandelettes vasculo-nerveuses, permettent la correction d'une courbure avec un raccourcissement tolérable. L'efficacité de correction de courbure est importante et la morbidité faible. La DE est absente en post-opératoire, les nœuds souvent palpables mais rarement gênants. Des troubles de la sensibilité du gland peuvent être rencontrés.

Un accompagnement sexologique peut parfois être utile, en particulier pour les patients chez qui la chirurgie du pénis survient avant le début de la vie sexuelle.

Pour aller plus loin

- ◇ EAU 2021 guidelines on sexual and reproductive health
(<https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>)
- ◇ Courbures congénitales du pénis : recommandations du Comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'association française d'urologie
(<https://www.urofrance.org/recommandation/courbures-congenitales-du-penis-recommandations-du-comite-dandrologie-et-de-medecine-sexuelle-de-lassociation-francaise-durologie/>)

EJACULATION PREMATUREE

Définition et diagnostic

L'éjaculation prématurée (EP) est un motif fréquemment rencontré en consultation de médecine sexuelle. Cependant, sa prévalence reste difficile à estimer en raison des difficultés de définitions, elles-mêmes traduisant le fait que la durée normale d'un rapport sexuel est une notion bio-sociale mouvante.

Récemment, la SIAMS a proposé une définition pour la pratique clinique quotidienne dont l'utilisation est recommandée par le CAMS :

L'EP est définie comme : (i) une perception subjective persistante et récurrente de perte de contrôle (gestion) du mécanisme d'éjaculation en présence de stimuli érotiques appropriés ; (ii) une détresse subjective, liée à l'EP, induite chez le patient et une insatisfaction sexuelle ou une anorgasmie liée à l'EP chez la-le partenaire ; (iii) un temps de latence éjaculatoire intravaginal court, qu'il soit perçu subjectivement par le patient et la.le partenaire ou objectivement mesuré comme étant inférieur à 180 secondes (généralement).

Le CAMS suggère que la même définition soit appliquée à d'autres pratiques que la pénétration vaginale, telles que la masturbation, les rapports oraux ou anaux, ainsi qu'à des contextes non hétérosexuels, et d'utiliser les informations rapportées par le patient, éventuellement complétées par des tests/questionnaires d'évaluation (IPE, PEP, PEDT).

Les facteurs essentiels intervenant dans le diagnostic sont ainsi :

- ◇ La durée avant éjaculation estimée par le temps de latence avant éjaculation (l'IELT est le critère le plus souvent retenu dans la littérature, pour *intravaginal ejaculatory latency time*, dans le cadre d'un rapport hétérosexuel)
- ◇ La sensation de contrôle de l'éjaculation
- ◇ La gêne, frustration ou souffrance associée à ce trouble de l'éjaculation

Lors du diagnostic il est essentiel de définir si l'EP est primaire ou secondaire. En cas d'EP acquise, rechercher une cause : DE, troubles urinaires du bas appareil, prostatite, anxiété, hyperthyroïdie. Dans tous les cas, il faut toujours rechercher la présence d'autres dysfonctions sexuelles, en particulier la dysfonction érectile (DE), ainsi que d'éventuelles dysfonctions sexuelles des partenaires.

Il est également recommandé de recueillir les antécédents médicaux et psycho-sexologiques, et de réaliser un examen physique ciblé chez les patients se plaignant d'EP.

Prise en charge

Comme dans tout trouble sexuel la prise en charge doit être globale, inclure si possible la-le partenaire, pour une décision thérapeutique partagée. Afin d'optimiser les chances de succès, il est recommandé de donner à tous les patients atteints d'EP des conseils psychosexologiques, et chaque fois que possible associer les pharmacothérapies et les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur la sexualité, en impliquant la-le partenaire dans le processus de traitement.

Il est recommandé de traiter la DE ou toute autre dysfonction sexuelle ou facteur favorisant, notamment lorsque l'EP est secondaire.

Deux médicaments utilisables en première ligne de traitement ont l'AMM dans l'EP :

- ◇ La dapoxétine (Priligy®). Cp de 30 ou 60mg à prendre 1 à 2 heures avant la relation sexuelle. Augmente l'IELT de 2 à 3 fois
- ◇ Les anesthésiants locaux (association lidocaïne 150 mg/ml /prilocaine 50 mg/ml en spray, exercer 3 pressions de Fortacin®). Action rapide (5 minutes), Augmente l'IELT jusqu'à 6 fois

- ◇ Nous suggérons l'association de la dapoxétine et de la lidocaïne/prilocaine chez les patients insuffisamment améliorés par la monothérapie.
- ◇ Chez les patients n'ayant pas répondu aux traitements ayant une AMM, nous suggérons d'utiliser un ISRS hors AMM, de préférence la paroxétine (augmente l'IELT entre 5 et 10 fois), en l'absence de contre-indication. Le CAMS recommande de ne pas utiliser les α -1 bloquants, ni le tramadol chez les patients atteints d'EP (en raison du risque de dépendance secondaire aux opiacés)
- ◇ Il est recommandé de traiter la DE avant l'EP chez les patients présentant les deux symptômes. Les IPDE5 sont très souvent utilisés en co-prescription, pour traiter une DE associée, ou pour minimiser les effets secondaires sur l'érection de la dapoxétine.

Une prise en charge sexologique est essentielle à mettre en œuvre, soit en première ligne de traitement si l'EP n'est pas sévère, soit en association avec une prise en charge médicamenteuse. Elle peut associer :

- ◇ Une éducation sexuelle du patient et du partenaire
- ◇ Un apprentissage à la reconnaissance des sensations préorgasmiques
- ◇ Un meilleur contrôle de la montée de l'excitation
- ◇ Une dédramatisation du symptôme et la lutte contre la souffrance narcissique souvent associée à l'EP
- ◇ La gestion des facteurs systémiques interagissant dans le couple

Le CAMS recommande de ne pas réaliser systématiquement une posthectomie ou une chirurgie du frein du pénis pour une EP.

Pour aller plus loin

- ◇ EAU 2021 Guidelines on Sexual and Reproductive Health (<https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>)
- ◇ Ejaculation précoce : Stratégie thérapeutique pour l'urologue. Progrès FMC 2020 (<https://www.urofrance.org/publication/ejaculation-precoce-strategie-therapeutique-pour-lurologue/>)
- ◇ An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the international society for sexual medicine (issm) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation ([https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)32088-9/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)32088-9/fulltext))
- ◇ Recommandation du CAMS pour l'évaluation de l'éjaculation précoce (soumis, à paraître en 2023)

DEFICIT EN TESTOSTERONE LIE A L'AGE

Définition

Le déficit en testostérone (DT) est défini par l'association :

- ◇ De signes cliniques évocateurs d'un DT
- ◇ D'une diminution biologique de la testostéronémie ou de l'activité des androgènes sériques

Signes cliniques d'appel

Les troubles sexuels sont souvent le signe d'appel principal amenant au diagnostic de DT, les symptômes les plus évocateurs étant la baisse de la libido et la disparition des érections nocturnes. Les symptômes non sexuels les plus évocateurs sont la fatigue et la perte de la force musculaire.

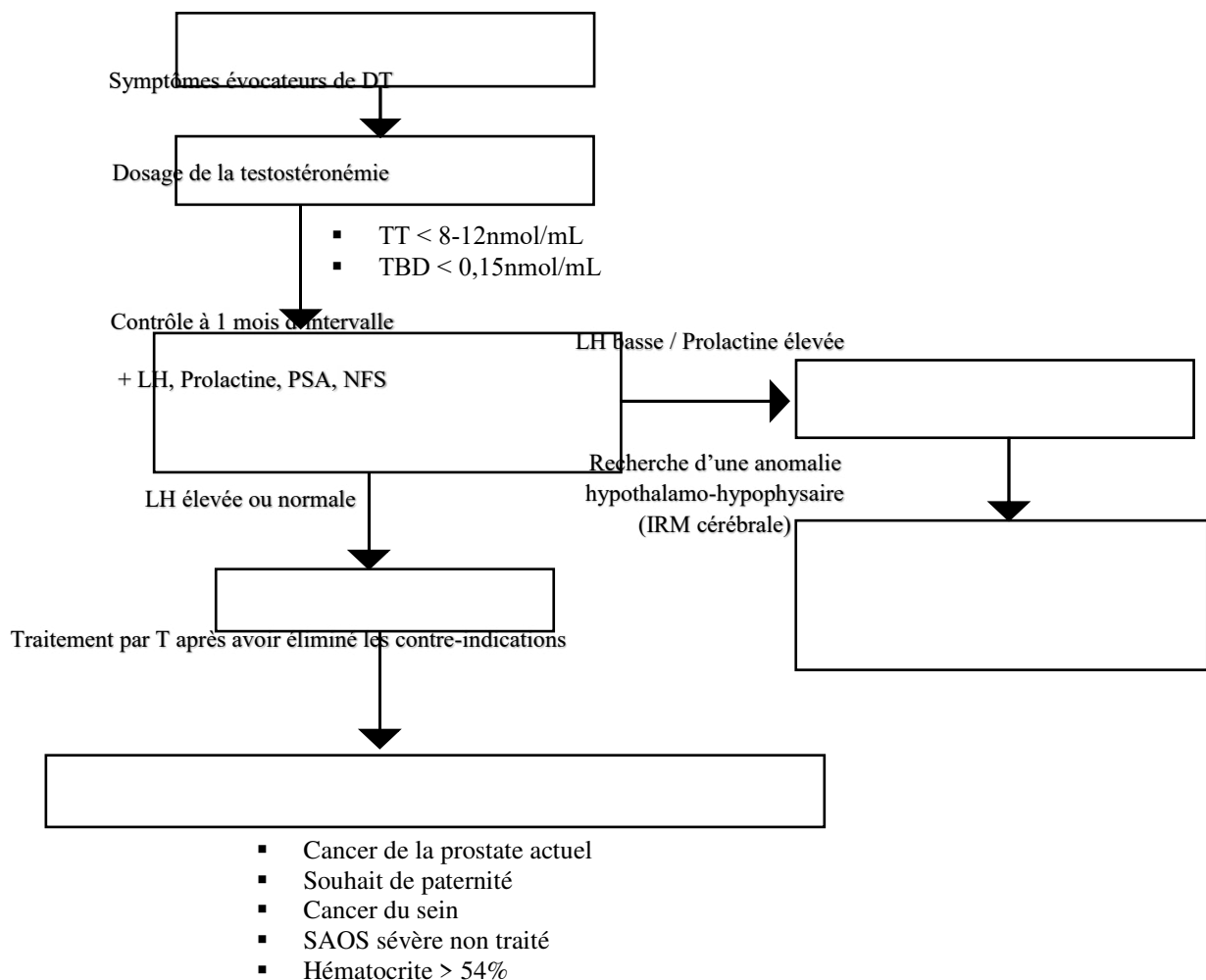
De manière plus générale, le DT doit être recherché dans les situations cliniques suivantes :

- ◇ Dysfonction sexuelle : baisse de la libido, DE, diminution des érections spontanées notamment nocturnes
- ◇ Fatigue, troubles du sommeil, diminution de la force physique, perte d'énergie et de motivation, tristesse de l'humeur
- ◇ Bouffées de chaleur et changements sur le plan cognitif et de la mémoire
- ◇ Obésité viscérale, diminution de la masse musculaire, diminution de la densité minérale osseuse
- ◇ Diminution de la pilosité, diminution de la taille des testicules

Diagnostic biologique

La testostérone (T) circule dans le sang liée à la sex hormon binding globulin (SHBG) (environ 60% de la TT) et à l'albumine (environ 38% de la TT), et se retrouve sous forme libre (environ 2% de la TT). La testostéronémie peut se doser sous différentes formes : testostéronémie totale (TT), libre (TL) ou biodisponible (TBD). La TBD = TL + T liée à l'albumine. La T liée à la SHBG ne diffuse presque pas et a donc peu d'action sur les cellules cibles. Les variations de la SHBG sont fréquentes (augmentée en cas d'hépatopathie, diminuée en cas d'obésité par exemple). Le diagnostic biologique du DT n'est pas consensuel dans ses valeurs seuils et dans le type de dosage préféré (TT ou TBD). Deux dosages sont généralement recommandés, le matin à jeun à 1 mois d'intervalle.

Prise en charge



Prescription en pratique

Bilan pré-thérapeutique

- ◇ Examen clinique : prostatique, mammaire, testiculaire
- ◇ Bilan biologique : TT ou TBD, PSA, NFS
- ◇ Informer du caractère lent et progressif de l'amélioration des symptômes lié au DT

Surveillance

- ◇ Clinique et biologique à 3, 6 et 12 mois puis annuelle avec dosage TT, PSA, NFS.
- ◇ Bilan biologique à réaliser à mi-distance entre 2 injections de testostérone
- ◇ Objectif : TT entre 14 et 17nmol/L

| Galénique | Administration | Posologie | Caractéristiques |
|---|-------------------------|------------------------------|---|
| Testostérone 1,62% (Androgel®) Testostérone 2% (Fortigel®) | Cutanée | 2 à 6 pressions/j | Concentrations stables Moins de polyglobulie qu'en injectable Risque de transfert et d'irritations cutanées Pas de prise en charge par l'assurance maladie |
| Enantate de testostérone 250 mg /1mL Androtardyl® | Intramusculaire (IM) | 1 injection / 2 – 4 semaines | Prise en charge assurance maladie |
| Undecanoate de testostérone 1000mg/4mL Nebido® | IM | 1 injection / 3 mois | Pas de prise en charge par l'assurance maladie |

Pour aller plus loin

- ◇ EAU 2021 Guidelines on Sexual and Reproductive Health
(<https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>)
- ◇ Recommandations pratiques pour la prise en charge du déficit en testostérone
(<https://www.urofrance.org/recommandation/recommandations-pratiques-pour-la-prise-en-charge-du-deficit-en-testosterone/>)

- ◇ Comment je prescris une hormonothérapie substitutive chez un patient présentant un déficit en testostérone ? (<https://www.urofrance.org/publication/comment-je-prescris-une-hormonotherapie-substitutive-chez-un-patient-presentant-un-deficit-en-testosterone/>)

CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES

Perte de substance cutanée

La perte de substance du fourreau de la verge est une situation clinique rare mais pouvant être à l'origine d'une gêne esthétique et fonctionnelle sévère, et d'un impact significatif sur la qualité de vie sexuelle du patient. La perte de substance cutanée peut être la conséquence de nombreuses situations : brûlures des organes génitaux externes, injection sous-cutanée de substance non médicale, gangrène de Fournier, lymphœdème, complications d'une circoncision.

Le recouvrement de la perte de substance cutanée peut s'envisager en dehors d'une phase d'infection par deux techniques principales :

- ◇ La greffe de peau mince (prélevée le plus souvent en face interne de cuisse) ou totale. Le principal défaut de ces techniques de réparation cutanée est que la peau cicatricielle est peu élastique, voire rétractile, ainsi à l'origine de résultats esthétique et fonctionnels parfois insatisfaisants
- ◇ Le lambeau scrotal. Il peut être uni- ou bilatéral selon la quantité de zone cutanée à couvrir. Basé sur l'artère scrotale antérieure issue de l'artère pudendale externe, il amène une peau élastique en continuité avec la peau scrotale. Son principal défaut est la pilosité de la peau amenée sur le corps du pénis, mais ses qualités fonctionnelles comme esthétiques sont probablement plus satisfaisantes que pour les greffes de peau.

Chirurgie génitale des personnes trans

La chirurgie génitale des personnes trans s'efforce de s'adapter à la demande individuelle de parcours de transition variés et personnels. Elle s'intègre dans un processus de décision partagée

soutenu par une information éclairée sur les attentes, les résultats notamment en termes de sexualité, et les possibilités de préservation de la fertilité.

Chirurgie génitale d'affirmation de genre féminin

Cette approche chirurgicale peut comprendre une orchidectomie bilatérale, une vulvo-clitoroplastie sans cavité vaginale ou avec vaginoplastie. La technique de choix est actuellement la vulvo-clitoro-vaginoplastie en peau pénienne inversée. Elle consiste en une réduction des corps caverneux et du gland du pénis pour la formation d'un clitoris, la formation de la vulve et de l'introïtus vaginal par la peau retournée du fourreau de la verge, et la création d'une cavité vaginale dans l'espace inter-prostato-rectal. Le revêtement de cette cavité est amené par une greffe de peau totale scrotale, ou par prélèvement intestinal ou péritonéal.

Chirurgie génitale d'affirmation de genre masculin

La reconstruction d'organes génitaux externes masculins est un challenge pour lequel différentes techniques ont été développées, sans qu'une technique de choix ne montre de supériorité par rapport aux autres. Les deux principales possibilités sont la construction d'un petit pénis à partir du clitoris hypertrophié par la testostérone (métaoidioplastie), ou la construction d'un pénis de taille plus importante à partir de lambeaux libres ou pédiculés (phalloplasties), avec reconstruction urétrale et pose d'implant érectile.

Autres chirurgies de reconstructions génitales

Le développement des techniques de reconstructions génitales des personnes trans s'intègre plus largement dans la reconstruction génitale, et il est intéressant de noter que les techniques utilisées et développées sont appliquées à d'autres situations cliniques comme les amputations de verge (traumatiques ou oncologiques), les anomalies sévères du pénis (micropénis, épispadias), l'absence congénitale de cavité vaginale (Syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser), les reconstructions après variances de la différenciation sexuelle.

Pour aller plus loin

- ◇ Les recommandations de la World Professional Association for Transgender Health
(<https://www.wpath.org/soc8>)
- ◇ Le DIU de Chirurgie de la verge et reconstruction uro-génitale

PHIMOSIS ET POSTHECTOMIE

Définition

Le phimosis est défini par l'impossibilité de rétracter le prépuce sous le gland. A la naissance le prépuce adhère intimement au gland. La rétraction du prépuce n'est physiologiquement possible que chez 50% des enfants à 3 ans. L'incidence du phimosis ne dépasse pas 6% à 6 ans et 1% à l'âge adulte. Le phimosis est classiquement primaire chez l'enfant, chez qui la distinction avec un phimosis physiologique est souvent difficile. Un phimosis secondaire peut être produit par toute inflammation chronique du prépuce (balanoposthite, balanitis xerotica obliterans, lichen scléreux).

Approche thérapeutique

Aucune approche thérapeutique n'est recommandée chez l'enfant avant 4 à 5 ans.

Traitement médical

Corticoïdes topiques (bétaméthasone 0,05% 2 fois par jour pendant 20 jours) avec essais de décalottage doux à partir du 10^{ème} jour de traitement. En cas d'échec une seconde cure peut être tentée. La corticothérapie locale en cure courte n'entraîne pas d'effet secondaire, et présente une très bonne efficacité pour la prise en charge du phimosis primaire chez l'enfant (>90% après 2 cures).

Traitement chirurgical

Trois raisons peuvent amener à une posthectomie :

- ◇ Phimosis pathologique n'ayant pas répondu au traitement médical
- ◇ Raisons culturelles, religieuses, sociales
- ◇ Circoncision « de routine »

Il existe 3 techniques classiques de posthectomie chirurgicale : la technique aveugle avec pince, l'incision dorsale (*dorsal slit circumcision*), et la résection circulaire (*sleeve circumcision*). Des dispositifs de compression ont également été développés pour entraîner une nécrose du prépuce et réaliser une circoncision sans instruments chirurgicaux.

Les critères habituels pour limiter les complications sont de n'utiliser qu'une bipolaire pour une hémostase soignée (la monopolaire est déconseillée), ne pas réséquer trop de peau du fourreau (risque de palmure scrotale) ni pas assez (risque de résultat inesthétique).

Le taux de complication varie fortement selon les séries mais est généralement d'au moins 2%.

Les complications les plus fréquentes sont le saignement, la résection incomplète de peau, l'infection, la méatite, les synéchies cutanées. Les complications les plus graves sont la lésion du gland, la rétraction cicatricielle, la fistule uréthro-cutanée, la gangrène infectieuse ou l'accident d'électrocoagulation pouvant amener à une amputation du pénis.

Prépuce et sexualité

La sensibilité du prépuce et son importance dans les sensations érogènes et le plaisir sexuel est débattue. Physiologiquement, le prépuce contient d'importantes concentrations de cellules sensibles, notamment au niveau de la bande striée où se trouvent les terminaisons nerveuses spiralées appelées corpuscules de Meissner. Plusieurs études observationnelles ou analytiques se sont intéressées à la sensibilité et au plaisir sexuel chez des hommes circoncis ou non. Les résultats sont parfois contradictoires, mais une majorité d'étude ont confirmé l'importance du prépuce pour la sensibilité du pénis, ainsi qu'un rôle dans la satisfaction et le confort sexuel. Dans tous les cas, les conséquences sexuelles potentielles doivent systématiquement être abordées avant de pratiquer une posthectomie.

Prépuce et VIH

De nombreuses études (observationnelles, contrôlées randomisées) ont confirmé la réduction du risque de transmission hétérosexuelle du VIH par la circoncision. Ces résultats ont amené à la création en 2007 d'un programme de l'OMS pour la circoncision médicale volontaire en Afrique de l'Est et du Sud, ayant touché plus de 25 millions d'hommes.

Controverses

La circoncision est l'intervention chirurgicale la plus fréquente au monde et on estime à 30% le nombre d'hommes circoncis. Ce taux atteint plus de 60% aux Etats-Unis, où la circoncision de routine est défendue selon une balance bénéfice/risque jugée favorable (notamment par une *Task Force on circumcision* au sein de l'Académie Américaine de Pédiatrie). En France, le taux d'hommes circoncis est d'environ 14%. Les controverses sont nombreuses car touchant à différents aspects (politiques, juridiques), notamment :

- ◇ La liberté de culte et de pratiques religieuses
- ◇ Le consentement de l'enfant sur un acte chirurgical non médicalement nécessaire
- ◇ L'implantation de programmes chirurgicaux dans des pays où le système de soins n'est pas assez développé pour prendre en charge le suivi et les complications

Entre indication médicale, mutilation sexuelle, pratique hygiéniste ou tradition religieuse, la place de la circoncision continue à être fortement discutée. Récemment, de nombreuses procédures juridiques ont été initiées, dont la jurisprudence future influera également sur le positionnement sociétal de cette pratique, qui s'avère tout sauf anodine.

Lorsqu'une indication chirurgicale a été posée, le rôle de l'urologue est d'effectuer la posthectomie dans les meilleures conditions possibles, avec les conditions d'exigence professionnelle habituelle, et après une information du patient et des parents chez les enfants.

Pour aller plus loin

- ◇ Description de l'anatomie du prépuce et de la bande striée découverte par le Dr. John Taylor (<http://research.cirp.org/>)
- ◇ Le programme de circoncision volontaire de l'OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000854-0>)
- ◇ A review of the current state of the male circumcision literature ([https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30639-1/fulltext/](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30639-1/fulltext/))

IATROGENIE MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE SEXUELLE

Introduction

L'affirmation d'une iatrogénie médicamenteuse repose sur une double imputabilité : une histoire clinique produisant une imputabilité intrinsèque (par une concordance chronologique notamment), et des connaissances bibliographiques produisant une imputabilité extrinsèque. La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle est un phénomène important car parfois sous-évaluée et pouvant être à l'origine d'une mauvaise observance thérapeutique dont les conséquences psychiatriques ou cardio-vasculaires peuvent être graves. La distinction avec un effet nocebo ou les troubles sexuels liés à la maladie princeps peut également être délicate.

Tableau récapitulatif

| Indications | Classes pharmacologiques | Dysfonction sexuelle | Remarques |
|----------------------------------|---|--|---|
| Antihypertenseurs | Bêta-bloquants | DE principalement | Estimation biaisée par le rôle de l'HTA elle-même sur la dysfonction érectile. Les bêta bloquants cardio-sélectifs ont moins d'effets secondaires |
| | Diurétiques thiazidiques | | DE importante (17% vs 8% pour le placebo) |
| | Spironolactone | Dysfonction érectile Trouble de la libido Trouble du désir | Effet anti-androgène |
| | Inhibiteurs calciques Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) sartans | 0 | Pas d'effet délétère sur les fonctions sexuelles |
| Hypertrophie bénigne de prostate | Alpha-bloquants | Troubles de l'éjaculation (anéjaculation essentiellement), réversible à l'arrêt du traitement Pas de DE | Estimation biaisée par la forte prévalence des troubles sexuels en cas de troubles mictionnels. Troubles de l'éjaculation surtout avec tamsulosine et silodosine (28%) |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| | Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase | Trouble de l'éjaculation DE (5-15%) Diminution de la libido (3-5%) | |
| Cancer de prostate | Analogues de GnRH | Perte du désir sexuel DE Diminution du volume de l'éjaculat Diminution des érections spontanées | |
| Antidépresseurs | ISRS | >50% d'effets secondaires sexuels dont : - Retard de l'éjaculation - Dysfonction érectile - Troubles de l'orgasme - Baisse du désir | La sérotonine exerce un effet inhibiteur puissant sur les fonctions sexuelles |
| | Clomipramine | Retard de l'éjaculation | |
| Hépatites virales, Sclérose en Plaque | Interféron | Baisse de la libido | Effet anti-androgène |
| Neuroleptiques | | Effets majeurs et variés : Dysfonction érectile, priapisme, troubles du désir, troubles de l'éjaculation, troubles de l'orgasme, trouble de la lubrification | Effet cible dopaminergique qui joue un rôle majeur dans le contrôle de la sexualité Également par effet hyperprolactinémiant pour certains neuroleptiques (olanzapine, rispéridone, clozapine, haloperidol) |
| Antiépileptiques | | Plus fréquemment diminution ou absence de désir sexuel Troubles de l'orgasme, anorgasmie | Atteinte souvent multifactorielle liée à des altérations neuro-psychiatriques |
| Antiparkinsoniens | Agonistes dopaminergiques | Désinhibition Hypersexualité | Diminution posologique nécessaire en cas de conséquences sexuelles |
| Antalgiques | Tramadol | Retard de l'éjaculation | Action centrale |
| | Opioïdes | Diminution du désir | Effet hypogonadotrope central lors d'utilisation prolongée |
| Cancer du sein | Tamoxifène | Sécheresse vaginale Dyspareunie Troubles du désir | |

LES QUESTIONNAIRES EN MEDECINE SEXUELLE

Introduction

Le développement d'auto-questionnaires s'est fait parallèlement au développement de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses en médecine sexuelle. Ils ont ainsi permis d'apporter une méthodologie d'évaluation, nécessaire à l'analyse des effets d'une thérapeutique. Ces outils subjectifs et déclaratifs montrent quelque part l'importance du vécu personnel dans le diagnostic d'une dysfonction sexuelle, mais également le manque d'outil objectif fiable et reproductible pour affirmer une dysfonction sexuelle. Il semble important dans l'utilisation de ces outils de connaître et comprendre leur motif de développement (le plus souvent soutenu par l'industrie pharmaceutique en vue de la mesure de l'efficacité d'un traitement) et leur population de référence (le plus souvent une population hétérosexuelle). Ces différents questionnaires sont nécessaires en recherche clinique, mais peuvent également représenter une aide au diagnostic d'une dysfonction sexuelle, à l'initiation de questions sur la sexualité, au suivi. Ces outils ne remplacent pas l'interrogatoire et une appréhension plus fine du contexte psycho-social individuel dans lequel évolue la personne vue en consultation.

L'International Index of Erectile Function (IIEF)

Développée pour l'évaluation des IPDE5, il s'agit du questionnaire le plus fréquemment utilisé dans l'évaluation de la DE. Il comprend 15 questions, rendant son utilisation en pratique quotidienne peu évidente. Une version abrégée a donc été développée, le Sexual Health Inventory for Men (SHIM), à partir de 4 questions du domaine de la fonction érectile et une question sur la satisfaction lors des rapports.

| |
|----------------------------------|
| Score SHIM |
| Au cours des six derniers mois : |

| |
|---|
| <p>I. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pas sûr du tout 2. Pas très sûr 3. Moyennement sûr 4. Sûr 5. Très sûr <p>II. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement 1. Presque jamais ou jamais 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps) 3. Quelquefois (environ la moitié du temps) 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps) 5. Presque tout le temps ou tout le temps <p>III. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels 1. Presque jamais ou jamais 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps) 3. Quelquefois (environ la moitié du temps) 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps) 5. Presque tout le temps ou tout le temps <p>IV. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels 1. Extrêmement difficile 2. Très difficile 3. Difficile 4. Un peu difficile 5. Pas difficile <p>V. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels 1. Presque jamais ou jamais 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps) 3. Quelquefois (environ la moitié du temps) 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps) 5. Presque tout le temps ou tout le temps <p>Interprétation : Trouble de l'érection sévère (score de 5 à 10), modéré (11 à 15), léger (16 à 20), fonction érectile normale (21 à 25) et non interprétable (1 à 4).</p> |
|---|

L'Erection Hardness Score (EHS)

Centrée sur la rigidité, ce score simple et robuste est facile d'utilisation en pratique quotidienne.

Il n'a pas été validé en Français.

| |
|---|
| Comment qualifieriez-vous la rigidité de votre érection ? |
| 0 : Le pénis ne grandit pas |
| 1 : Le pénis est gonflé mais sans rigidité |

- | |
|---|
| 2 : Le pénis est dur mais pas suffisamment pour une pénétration 3 : Le pénis est suffisamment dur pour une pénétration mais pas complètement rigide 4 : Le pénis est complètement dur et rigide |
|---|

Premature Ejaculation Profile (PEP)

Ce questionnaire comporte 4 questions permettant d'évaluer l'ensemble des facteurs intervenant dans la définition de l'EP : le délai, le contrôle, la gêne dans le couple.

| |
|--|
| Veillez répondre aux questions en pensant à votre activité sexuelle actuelle |
|--|

| |
|---|
| <i>Q1 En qui concerne vos rapports sexuels au cours du dernier mois, vous diriez que votre satisfaction a été :</i> |
|---|

- | |
|--|
| 1 = Très mauvaise 2 = Mauvaise 3 = Correcte 4 = Bonne 5 = Très bonne |
|--|

| |
|---|
| <i>Q2 Au cours du dernier mois votre contrôle de l'éjaculation au cours de vos rapports sexuels a été :</i> |
|---|

- | |
|---|
| 1 = Très mauvais 2 = Mauvais 3 = Correct 4 = Bon 5 = Très bon |
|---|

| |
|---|
| <i>Q3 Au cours du dernier mois, la rapidité avec laquelle vous avez éjaculé lors de vos rapports sexuels avec pénétration vous-a-t-elle contrarié ?</i> |
|---|

- | |
|--|
| 1 = Pas du tout 2 = Un peu 3 = Modérément 4 = Beaucoup 5 = Extrêmement |
|--|

| |
|--|
| <i>Q4 Au cours du dernier mois, la rapidité avec laquelle vous avez éjaculé lors de vos rapports sexuels avec pénétration a-t-elle compliqué vos relations avec votre partenaire ?</i> |
|--|

- | |
|--|
| 1 = Pas du tout 2 = Un peu 3 = Modérément 4 = Beaucoup 5 = Extrêmement |
|--|

Female Sexual Function Index (FSFI)

Ce questionnaire est l'instrument le plus utilisé dans l'évaluation des dysfonctions sexuelles féminines, recouvrant différents domaines : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction, la douleur. Un score <26,5 (score maximal 36) a été proposée comme seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle.

Q1 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais

Q2 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

- 5 = Très élevé
- 4 = Élevé
- 3 = Moyen
- 2 = Faible
- 1 = Très faible ou inexistant

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

Q3 Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais

Q4 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Très élevé
- 4 = Élevé
- 3 = Moyen
- 2 = Faible
- 1 = Très faible ou inexistant

Q5 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Extrêmement sûre
- 4 = Très sûre
- 3 = Moyennement sûre
- 2 = Peu sûre
- 1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais

Q7 Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q8 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q9 Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q10 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q11 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q12 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q13 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

0 = Aucune activité sexuelle

Q14 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

0 = Aucune activité sexuelle

Q15 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q16 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais

Q17 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais

Q18 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Très élevé

2 = Élevé

3 = Moyen

4 = Faible

5 = Très faible ou inexistant

Autres questionnaires

De nombreux autres questionnaires ont été développés dans différents domaines, le plus souvent en langue anglaise. On citera en exemples l'Erectile Dysfunction Inventory of

Treatment Satisfaction (EDITS), le Self Esteem And Relationship Questionnaire (SEAR), Le Female and Male Genitale Self Image Scale (MGSIS, FGSIS).

Pour aller plus loin

- ◇ Les questionnaires en médecine sexuelle. F. Giuliano. Rapport « Médecine Sexuelle » du 106e congrès de l'Association française d'urologie (<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.006>)