



RESEAU
RHONE-ALPES
— SEP —

Troubles sexuels dans la SEP

Dr Corinne DEL AGUILA BERTHELOT

Journée Rhônealpine 27/09/2014

La sexualité fait partie intégrante de la construction identitaire de chaque personne, comme la sensualité, l'affectivité, la capacité à communiquer, échanger, partager, à séduire, à être séduit(e).

Difficile de parler de sexualité

- 63 % des patients n'ont jamais parlé de leurs dysfonctions sexuelles à leur médecin *.(Alarcia Rev Neurol 2007)*
- 30% des neurologues ont posé la question : plus souvent à un homme et plus souvent s'il présentait des troubles de la marche.*(Alarcia Rev Neurol 2007)*
- La DS fait partie de la maladie, pas d'aide, trop jeunes pour avoir un problème, trop gênés d'en parler *(Moore; Nurs Clin North Am 2007)*

Difficile de parler de sexualité

- Pourtant DS possible même sans handicap sévère
(Demirkiran; Mult Scler 2006)
- DS révélatrice parfois de la SEP (*Betts; Brain 1994 Mattson; Arch Neurol 1995*) ou très précoce
- Ordre d'importance des handicaps liés à la SEP:
4 ème rang pour les hommes vs 10ème rang pour les femmes (*Redelman 2009*)

Prévalence des dysfonctions sexuelles (DS)

- 75 à 84 % pour les hommes
- 45 à 85 % pour les femmes
- Fréquence plus élevée que dans les autres maladies chroniques.
- Toutes les phases de la sexualité sont touchées (désir sexuel, excitation, plaisir, orgasme).

Les dysfonctions sexuelles féminines

- Baisse de la libido
- ↓ lubrification vaginale
- ↓ orgasme
- Perte de la sensibilité vaginale/vulvaire
- Paresthésies/Dysesthésies périneales et/ou vaginales
- Faiblesse ou incapacité à contrôler la musculature périnéale
- Dyspareunies : fréquemment en rapport à l'association des troubles sensitifs, la perte de la lubrification vaginale, aux douleurs spastiques des organes voisins, aggravées lors des rapports. (hyperactivité vésicale, fécalomes)

Les dysfonctions sexuelles masculines

- Difficulté à avoir ou à maintenir une érection.
- Perte de sensibilité et/ou paresthésies des organes génitaux.
- Baisse ou absence du désir sexuel en rapport à une fatigabilité +++, aux troubles sensitifs locaux, dépression.
- Les troubles éjaculatoires
 - Baisse de la force éjaculatoire
 - Anéjaculation
 - Ejaculation prématurée secondaire à une instabilité érectile
 - Ejaculation asthénique (« baveuse »)
 - Ejaculation rétrograde partielle ou totale

Corrélations cliniques et dysfonctions sexuelles

Chez les femmes

- Association avec TVS : 40→60 % des SEP avec $EDSS \leq 6$, 89 % si $EDSS \geq 6.5$.
- Association avec les TAR : 30 → 66 % des cas
- Environ 1/3 des patientes associe TGS+TVS+TAR

Chez les hommes

- Association très fréquente : TVS

Corrélations cliniques et dysfonctions sexuelles

- Age (Tepavcevic 2008 Demirkiran 2006 McCabe 2004 Fraser 2008 Borello-France 2004)
- Durée de la maladie (Tepavcevic 2008 Demirkiran 2006 Fraser 2008)
- Forme évolutive (FP>FR) (Tepavcevic 2008 Demirkiran 2006 Non: Nortvedt 2007)
- Degré de handicap (EDSS, atteinte membres inférieurs) (Tepavcevic 2008 Demirkiran 2006 Fraser 2008 Borello-France 2004 Non: Nortvedt 2007)
- Fatigue (Tepavcevic 2008 Fraser 2008)
- Dépression (Tepavcevic 2008 Fraser 2008)
- Anxiété (Tepavcevic 2008)
- Relations avec partenaire (McCabe 2002 Borello-France 2004)
- Douleur, spasticité (Fraser 2008)
- Troubles fonctions supérieures (Demirkiran 2006 Fraser 2008)

Classification des troubles sexuels

LES DYSFONCTIONS SEXUELLES PRIMAIRES

Liées aux atteintes neurologiques directes de la SEP.

LES DYSFONCTIONS SEXUELLES SECONDAIRES

Liées aux changements physiques non sexuels mis affectant la réponse sexuelle :

- La fatigue
- Les troubles urinaires et/ou intestinaux
- La spasticité, les douleurs
- Les tremblements, l'incoordination
- La iatrogenie

LES DYSFONCTIONS SEXUELLES TERTIAIRES

Liées aux valeurs psychosociales et culturelles, propres à chaque individu

- Altération de l'image corporelle
- Baisse de l'estime de soi

Impact des DS sur la qualité de vie et le couple

- 1 patient sur 4 abstinent sur 1 an (soit 5 fois plus que dans une population contrôle).
- Abstinance plus fréquente chez les patients atteints de SEP vs d'autres pathologies chroniques (la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminés, le rhumatisme psoriasique).

Zorzon M et al Mult Scler 1999;5 418-27

Impact des DS sur la qualité de vie et le couple

- Corrélation négative significative chez les ♀ et les ♂ entre présence et importance des DS et qualité de vie.
- Corrélation négative chez les ♂ entre DS et
 - Satisfaction sexuelle
 - Santé physique
 - Limitations physiques
 - Fonction sociale
 - Souffrance liée à la maladie
- Impact le + important sur la fonction et la satisfaction sexuelles : dysérection sévère et anorgasmie pour la femme

Impact des DS sur la qualité de vie et le couple

- Source fréquente de conflits→ mécontentement→
 - Divorce/dépression (37→68% de divorces)
- Si détérioration physique sévère
 - Score d'estime de soi + bas
 - Score de dépression+ haut
 - Diminution de l'activité sexuelle
- Les femmes résistent mieux à l'impact de cette détérioration physique
- Si détérioration physique depuis longtemps : sexualité meilleure

McCabe; Arch Sex Behav 2004

Prise en charge des dysfonctions sexuelles

- Les pathologies associées
- Les traitements en cours
- Le vécu de la maladie (annonce diagnostic)
- Le contexte socioprofessionnel
- Le contexte familial et conjugal
- Évaluation des apprentissages sexuels antérieurs à la maladie
- Le symptôme sexuel (date de survenue, modalités de survenue, permanent , occasionnel, sélectif...)
- Le retentissement du symptôme sur l'individu et le couple

Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-15 [MSISQ-15]

PENDANT LES SIX MOIS PASSES, LES SYMPTOMES SUIVANTS ONT AFFECTE MON ACTIVITE ET MON PLAISIR SEXUEL :	Jamais	Presque jamais	Parfois	Presque toujours	Toujours
	1	2	3	4	5
1. Rigidité musculaire ou spasmes dans les bras, les jambes, le corps					
2. Symptômes vésicaux ou urinaires					
3. Symptômes intestinaux					
4. Sentiments de dépendance à cause de la sclérose en plaques					
5. Tremblements ou tremblements des mains ou du corps					
6. Douleurs, brûlures ou gêne dans le corps					
7. Impression que mon corps est moins attirant					
8. Difficultés pour bouger mon corps comme je le veux durant l'activité sexuelle					
9. Sentiment d'être moins viril ou moins féminine à cause de la sclérose en plaques					
10. Problèmes de concentration, de mémoire, de raisonnement					

11. Exacerbation ou aggravation notable de ma SEP					
12. Moins de sensations ou engourdissement de mes régions génitales					
13. Peur d'être sexuellement rejeté à cause de ma sclérose en plaques					
14. Inquiétudes de ne pas satisfaire sexuellement mon/ma partenaire					
15. Me sentir moins sûr de moi quant à ma sexualité à cause de ma SEP					
16. Manque d'intérêt ou de désir sexuel					
17. Orgasmes ou coïts moins intenses et moins agréables					
18. Cela prend plus longtemps à atteindre le plaisir ou avoir un orgasme					
19. Humidité ou lubrification vaginale insuffisante (femmes) / difficultés à obtenir ou à maintenir une érection satisfaisante (hommes)					

Score:

Dysfonctionnement Sexuel Primaire.

Sujets = 12, 16, 17, 18, 19

Dysfonctionnement Sexuel Secondaire.

Sujets = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11

Dysfonctionnement Sexuel Tertiaire.

Sujets = 7, 9, 13, 14, 15

Toute proposition ayant un score de "4" ou "5" devra faire l'objet d'une discussion avec votre médecin

DS : quels examens complémentaires ?

- Bilan électrophysiologique (EMG périnéal)
- BUD/MAR
- Pléthysmographie pénienne diurne
- Bilan Hormonal (baisse de testostérone, ménopause, pb thyroïdien)
- Echo Doppler pulsé des artères caverneuses

Prise en charge des dysfonctions sexuelles .

Impacts psychologiques des troubles sexuels:

- Perte de l'identité masculine/féminine
- Baisse de la libido avec un syndrome dépressif plus ou moins marqué.
- Baisse de l'estime de soi et anxiété de performance.

Prise en charge de troubles du désir sexuel

Hommes

- Bilan hormonal en fonction de la clinique → testostérone si besoin
- Iatrogénicité
- Baisse du désir secondaire : traiter la cause
- Evaluation du climat conjugal, familial, socio professionnel.
- Baisse du désir sans cause identifiable : psycho/sexothérapie

Femmes

- Bilan hormonal en fonction de la clinique
- Iatrogénicité
- Baisse du désir secondaire : traiter la cause
- Evaluation du climat conjugal, familial, socio professionnel.
- Baisse du désir sans cause identifiable : psycho/sexothérapie
- Testostérone?

Prise en charge des troubles de l'excitation

Hommes

- Les moyens mécaniques :
 - le garrot pénien
 - l'anneau pulseur d'érection
 - le vacuum
 - la prothèse pénienne.
- Les moyens chimiques
 - les injections intra caverneuses
 - les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5.

Femmes

Miroir (car peu de feedback)

Kinésithérapie centrée sur le périnée

Osteopathie

- Les moyens mécaniques
 - Éros ctd
 - vibromasseur
- Les moyens chimiques
 - les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 ?

Prise en charge des dysfonctions sexuelles

Les injections intracaverneuses.

- Ce sont des prostaglandines.
- 2 produits : Alprostadil : Edex[®] 10 et 20 µg et Caverject [®] 10 et 20 µG

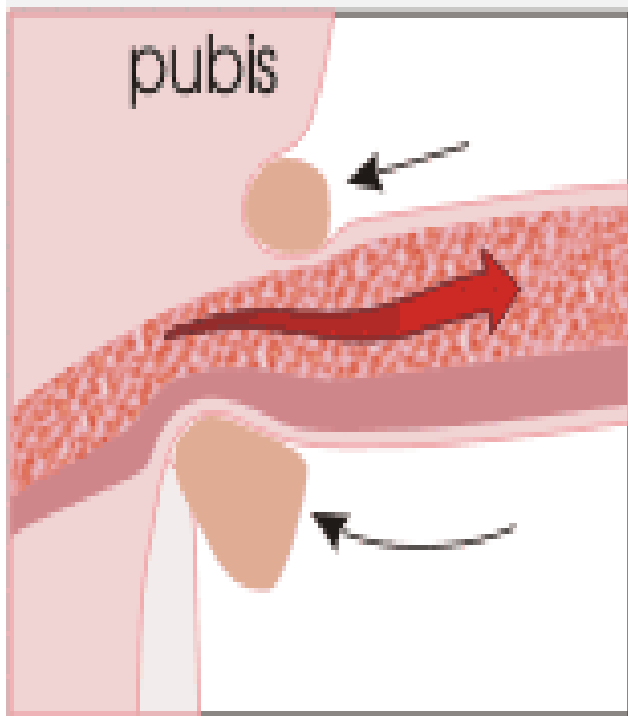
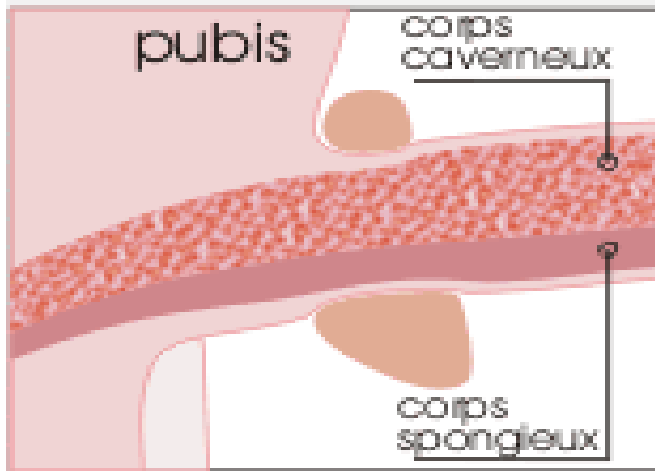
Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 :

- Le sildénafil 25, 50 ,100 mg et le Viagra [®] 25,50,100 mg
- Le tadalafil : Cialis [®] 5mg en prise quotidienne, 10,20 mg
- Le vardénafil : Levitra [®] 10 orodispersible, 20 mg
- L'avanafil : Spédra [®] 50,100 et 200 mg

Garrots péniens



L'anneau impulseur d'érection



L'effet constricteur: ralentit le retour veineux tout en conservant la circulation dans l'artère pénienne.

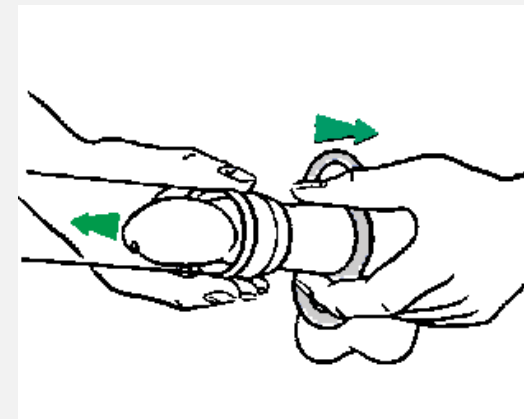
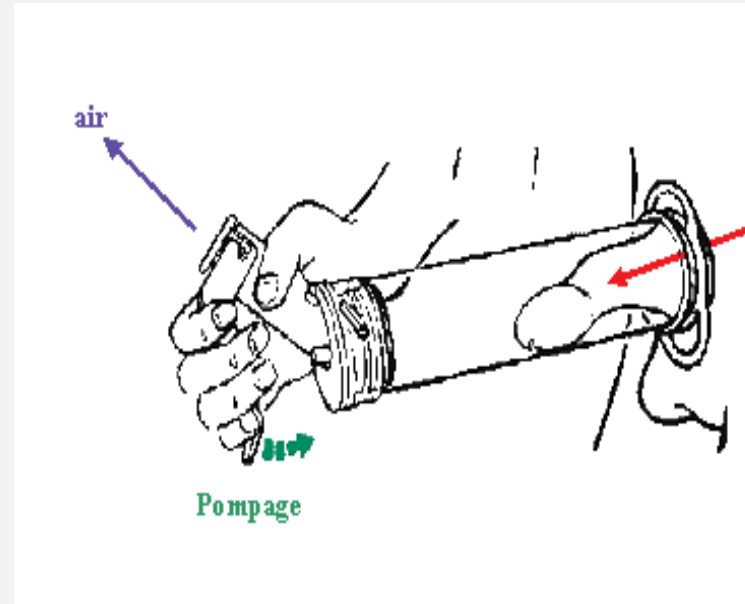
L'effet bascule: Chaque mouvement de va-et-vient appuyé fait basculer d'avant en arrière la base de l'anneau impulseur → pompe apportant un afflux de sang au pénis

L'effet déclencheur d'érection: Il suffit à déclencher une érection à partir de zéro.

La maîtrise de l'éjaculation: La légère striction exercée par l'anneau à la base du pénis a tendance à ralentir l'éjaculation,

Le Vacuum

- Le vide d'air provoqué par le pompage fait affluer le sang dans les corps caverneux.
- Ce phénomène est mécanique et indépendant de tout désir sexuel.
- L'anneau placé à la base du pénis empêche tout reflux du sang dans le corps et permet de conserver une érection de qualité lors du rapport amoureux.



Eros ctd et autres pompes



Prise en charge des troubles éjaculatoires

- Les éjaculations précoces : sexothérapie +/- Dapoxétine (Priligy[®] 30, 60 mg) ou préservatif retardant ou crème anesthésiante.
- Les anéjaculations : sexothérapie si origine psychogène et ou vibreur (stimulations externes) ou d'un appareil d'électro-stimulations (stimulations endo-rectales).
Vibreux ou électrostimulation +/- midodrine (Gutron[®] : sympathicomimétique)
- Prélèvement chirurgical

Le vibreur Ferticare personnel™





Prise en charge des troubles du plaisir et de l'orgasme

Questionnaires (sensations subjectives et physiques)

Recadrage cognitif et recherche des zones érogènes secondaires

Rééducation périnéale

Apprentissage du lâcher prise :

- Mental
- Corporel

Chacun travaille avec ses outils thérapeutiques

CONCLUSION

Si dans la SEP les DS sont fréquentes et corrélées avec des lésions organiques , elles sont aussi liées à l'histoire personnelle du sujet, à son partenaire et aux conditions sociales liées au handicap. Notre pratique doit nous amener à dépister les DS car elles peuvent très souvent trouver des solutions, des solutions « médicalisées » mais surtout des solutions « humanisées » tenant compte des aspects sociaux , conjugaux et psychoaffectifs des personnes atteintes de SEP. Pour cela nous devons améliorer l'« écoute sexologique » des soignants et renforcer le travail en réseau .