

Nouvelles des Congrès

par le Dr Elide Montesi, médecin généraliste, 5060 Sambreville

La médecine sexuelle au cœur de nos préoccupations

Mont Godinne, 24 avril 2009

Cette matinée consacrée à la médecine sexuelle servait d'inauguration au Centre de Médecine Sexuelle qui vient d'ouvrir ses portes aux cliniques universitaires de Mont Godinne, à l'initiative du Pr Christine Reynaert.

L'objectif d'un tel centre est de répondre aux demandes de traitement des difficultés sexuelles tant fonctionnelles que réactionnelles à des problèmes somatiques ou des interventions chirurgicales.

La sexologie : une discipline pluridisciplinaire

La sexualité doit être considérée sous trois aspects : le biomédical, le psychocognitif et l'affectif.

Les dysfonctions sexuelles sont classées au DSM IV comme troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme ou troubles sexuels avec douleurs (dyspareunies). L'abord des troubles sexuels nécessite une recherche des problèmes somatiques ou des causes médicamenteuses susceptibles d'interférer avec le désir ou de perturber l'activité sexuelle. D'un point de vue psychocognitif, l'approche peut être sexofonctionnelle ou sexoanalytique. L'approche sexofonctionnelle consiste en des exercices de type massages réciproques en supprimant au début du traitement les relations sexuelles avec pénétration. Cette approche qui permet de mettre en évidence les blocages de l'un ou l'autre partenaire aux exercices sert à recréer un climat favorable à la sexualité et est surtout adaptée aux couples connaissant des problèmes de communication. Une expérience sexuelle réussie déblocuera parfois rapidement la situation.

Mais les troubles psychosexuels sont indissociables des mécanismes inconscients d'où l'intérêt d'une **approche sexoanalytique**. Cette dernière nécessite de bonnes capacités d'introspection des patient(e)s pour mettre en paroles leur vie érotique intrapsychique afin de (re)trouver

les scénarios susceptibles de leur procurer l'excitation sexuelle (recherche du phantasme primaire).

La découverte des neurohormones ne permet pas de rendre compte de l'amour entre deux personnes. La **dimension affective** de la sexualité implique confiance, respect et temps pour rêver, imaginer, connaître l'autre.

La bonne santé sexuelle nécessite un corps fonctionnel et un esprit sain au service d'une relation amoureuse. La sexologie se situe à l'intersection des trois dimensions biologiques, cognitives et affectives de la sexualité.

D'après l'exposé du Dr GODENIR, Centre de Médecine Sexuelle Service de Médecine Psychosomatique Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, UCL

Non, chéri(e), pas ce soir, j'ai la migraine...

Que faut-il penser de ce cliché populaire ? Existe-t-il vraiment une baisse du désir sexuel chez les patient(e)s migraineux(es) ? Curieusement, la littérature médicale apporte peu de données sur l'association entre migraines (dont la prévalence est à majorité féminine) et dysfonctions sexuelles.

Les rapports entre sexualité et migraines sont en réalité assez complexes.

Une étude relativement récente portant sur des sujets jeunes aboutit à la conclusion d'une libido plus élevée chez les patients migraineux que chez ceux souffrant d'autres types de maux de tête. La cause peut en être imputée à la diminution de sérotonine observée chez les migraineux. Or on sait qu'une augmentation des taux de sérotonine diminue la libido.

Mais les syndromes douloureux chroniques sont associés à une diminution de la satisfaction sexuelle. Les douleurs provoquées par les rapports sexuels seraient augmentées chez les patients migraineux. La migraine est aussi responsable d'une diminution de la qualité de vie quotidienne du patient, et cela ne va pas sans réper-

cussion sur la qualité de la vie sexuelle du couple. Dépression et migraine vont souvent de pair et l'on connaît les effets négatifs de la dépression et de ses traitements sur la sexualité. Par ailleurs tous les traitements de fond contre la migraine ont des effets négatifs sur la libido.

Les **algies vasculaires de la face** diminuent par contre au cours des orgasmes. Un mécanisme en cause peut être la modulation du tonus orthosympathique lors de l'activité hypothalamique impliquée dans l'orgasme.

D'après l'exposé du Dr OSSEMAN, neurologue, Cliniques universitaires Mont Godinne, UCL

Les céphalées sexuelles

Les céphalées liées à l'activité sexuelle ont une prévalence faible (1%) et sont à prédominance masculine (trois fois plus d'hommes que de femmes en sont atteints) avec deux pics de fréquence en fonction de l'âge : 20-25 et 35-45 ans. Paradoxalement, malgré leur faible prévalence, elles font l'objet d'une littérature abondante.

Ces céphalées sont provoquées par l'activité sexuelle, démarrent de manière sourde en phase préorgasme et deviennent explosives au moment de l'atteinte de l'orgasme. Généralement elles sont bénignes, liées à la dilatation vasculaire au cours de l'acte sexuel. Mais l'apparition brutale d'une céphalée inhabituelle au cours d'un rapport sexuel nécessite des investigations par imagerie cérébrale à la recherche d'un problème hémorragique intra-crânien. Une excitation sexuelle plus progressive permet de réduire l'intensité de ces céphalées, voire de les supprimer. Parmi les traitements médicamenteux possibles citons la prise de 50 mg d'indométacine 1 à 2 heures avant le rapport ou les bêtabloquants type propranolol en chronique. Elles peuvent aussi disparaître spontanément.

D'après l'exposé du Dr OSSEMAN, neurologue, Cliniques universitaires Mont Godinne, UCL

Vie sexuelle postopératoire chez l'homme

La chirurgie pelvienne chez l'homme peut altérer la qualité de la vie sexuelle en provoquant des troubles de l'érection ou de l'éjaculation.

L'**éjaculation** s'effectue en deux phases : la phase d'émission au cours de laquelle sont éjectées dans l'urètre prostatique les sécrétions prostatiques, séminales et épидidymotesticulaires et la phase d'expulsion spermatique par contraction rythmique des muscles ischio-caverneux, bulbocaverneux et ceux du plancher pelvien. Pendant l'éjaculation, le sphincter vésico-urétral est fermé.

Après une chirurgie pelvienne, les hommes peuvent se plaindre d'éjaculation rétrograde, d'éjaculation sèche (orgasme sans éjaculation), d'éjaculation asthénique ou d'anéjaculation anorgasmique. La résection prostatique transurétrale entraîne la résection du col vésical provoquant une éjaculation rétrograde. La lymphadenectomie rétropéritonéale extensive est source de troubles éjaculatoires et érectiles.

L'**érection** est sous contrôle hormonal par la testostérone, et sous contrôle nerveux par inhibition du système sympathique (D10-L2) et stimulation du parasympathique (S2-S4) au cours de la phase d'excitation sexuelle.

Les troubles érectiles augmentent avec l'âge, plus de 50 % entre 40 et 70 ans toutes étiologies confondues. Les causes iatrogènes (médicaments, chirurgie, radiothérapie) sont responsables de 10 % des problèmes d'érection. La prostatectomie totale pour cancer localisé de la prostate est le traitement de référence mais elle est grande pourvoyeuse de troubles érectiles postopératoires. Les traitements hormonaux du cancer prostatique localisé sont aussi potentiellement délétères pour la fonction érectile.

Les troubles érectiles post opératoires peuvent s'améliorer avec le temps : **une érection prépare la suivante**. Il est judicieux de conseiller la reprise d'une activité sexuelle précocement après intervention pour éviter la fibrose des corps caverneux. La chirurgie de revascularisation pour augmenter le débit dans les corps caverneux n'a plus qu'une seule indication : les patients jeunes avec fracture du bassin.

Lorsque tout espoir de redresser la situation est perdu, le traitement fait appel aux injections intracaverneuses, au vacuum ou pompe à dépression, à la prothèse pénienne semi rigide (érection permanente) ou à la prothèse gonflable à trois éléments.

D'après l'exposé du Pr LORGE, urologue, cliniques universitaires de Mont Godinne, UCL

La vie sexuelle ne s'arrête pas avec le handicap médullaire

Sexualité et procréation sont des droits fondamentaux de l'être humain. Le patient handicapé moteur tel que le paraplégique rencontre de nombreuses difficultés pour exercer ce droit.

Le patient paraplégique présente des troubles moteurs et sensitifs, des troubles vésicosphinctériens et anorectaux, des problèmes respiratoires et des troubles génito-sexuels, pouvant tous interférer sur les capacités sexuelles. Le désir est perturbé par une image corporelle dévalorisée, la peur des différences, le sentiment de perte des capacités de séduction. L'excitation s'en trouve modifiée avec des troubles érectiles chez l'homme et des troubles de lubrification chez la femme. La qualité de l'orgasme est altérée avec troubles de l'éjaculation chez l'homme. Les femmes peuvent garder un para-orgasme par stimulation d'autres zones érogènes. L'intensité et les troubles sexuels sont fonction du niveau de la lésion médullaire.

La récupération d'une vie sexuelle satisfaisante chez le paraplégique passe par la nécessaire **rééducation à l'autonomie fonctionnelle** : capacité de mobilisation, de transfert, soins d'hygiène et d'apparence, continence urinaire et fécale et gestion du risque d'hyperréflexie autonome (HRA). L'**hyperréflexie autonome** est un emballement du système neurovégétatif par une épine irritative sous lésionnelle. Elle provoque une hausse de la pression artérielle, des céphalées, des sudations profuses, des problèmes de continence et peut évidemment être déclenchée par un orgasme. La réadaptation socioprofessionnelle pour rompre l'isolement et favoriser les rencontres fait partie de la prise en charge des dysfonctions sexuelles des paraplégiques. La première aide pour la réadaptation sexuelle du paraplégique consiste à lui **fournir des outils d'information** tels que les références citées^(a). Une prise en charge multidisciplinaire s'impose pour le choix de l'aide la plus adaptée.

La **parentalité** reste possible. La qualité du sperme peut cependant être altérée chez l'homme souffrant d'une lésion médullaire. Des techniques de sélection des spermatozoïdes viables pour FIV avec injection intracytoplasmique sont envisageables. La femme paraplégique ne subit pas d'altération de sa fertilité. Une aménorrhée s'ob-

serve parfois après l'accident. Mais la grossesse est à haut risque d'HRA. Le travail est normal même si en pratique, on effectue plus de césariennes.

Osons parler de ce sujet avec nos patients handicapés, au moment opportun, afin de lever le tabou.

D'après l'exposé du Pr HANSON, médecine physique et réadaptation, Cliniques universitaires de Mont Godinne, UCL

La sexualité à l'épreuve du cancer du sein

Ce sujet difficile est rarement abordé et pourtant la prévention des dysfonctions sexuelles nécessite d'en parler avant le traitement car les problèmes ne s'arrangent pas avec le temps.

Le sein, organe sexuel externe visible, a une **triple représentation** : narcissique, érotique et nourricière. Le cancer du sein met à mal l'image corporelle en touchant un organe externe et visible, affectant l'estime de soi et modifiant la perception du miroir des autres. La pudeur est malmenée par les différents examens, l'épée de Damoclès des contrôles récurrents génère une anxiété qui n'est pas sans interférer sur la sexualité et la vie de couple. Les traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie) ont tous des répercussions négatives sur la qualité de vie sexuelle. Or cette dernière **influence le taux de guérison et de rémission**. La **qualité du couple** avant le cancer est essentielle. Le cancer du sein dans ce sens est un révélateur qui met à l'épreuve la solidité du couple. Le taux de séparation des couples à court et à long terme n'est cependant pas plus élevé en cas de cancer du sein. La séparation survient surtout dans les couples qui ont déjà des problèmes antérieurs.

La reconstruction mammaire n'est pas LA solution aux problèmes sexuels ou de couples révélés par le cancer du sein. Elle n'améliore que rarement les blocages psychologiques et sexuels liés à la maladie. Elle ne doit être proposée qu'après un temps de réflexion : la patiente ne retrouvera jamais « SON » sein...

D'après l'exposé de M^{me} ETIENNE, psychologue en clinique du sein, cliniques universitaires de Mont Godinne, UCL

« On m'a tout enlevé... suis-je encore une femme ? »

L'utérus est le **symbole de la maternité** et partant, de la **féminité**, objet de croyances et de représentations multiples, par ailleurs encore assez **mystérieux**. Bon nombre de femmes ont du mal à le loca-

(a) Vie affective, relationnelle et sexuelle : les personnes blessées médullaires [3 DVD]. Michel MERCIER, FUNDP 2008
Fonction sexuelle et vécu de la sexualité après une lésion de la moelle épinière. BRUSSELMANS W. Pfizer SA, 2001, 71 p.

liser et l'imaginent souvent de taille plus importante qu'il n'est. L'hystérectomie provoque-t-elle des dysfonctions sexuelles chez la femme qui la subit ?

Les premières hystérectomies réalisées au début du XIX^e siècle par voie vaginale étaient tellement délabrantes qu'elles ont alimenté sans conteste les **craintes des femmes concernant les conséquences de cette «grande opération»** : dyspareunies, prolapsus, incontinence, perte du désir et du plaisir. L'abord abdominal laissait quant à lui une cicatrice visible. Actuellement, l'hystérectomie se réalise par voie laparoscopique avec comme conséquence des cicatrices invisibles, une hospitalisation de courte durée et la reprise possible plus précoce d'une activité sexuelle. L'**hystérectomie pour des pathologies utérines bénignes** n'a pas d'influence sur la capacité orgasmique^(b) et peut même contribuer à l'amélioration de la vie sexuelle dès lors que la pathologie justifiant l'intervention altérerait la fonction sexuelle.

Hystérectomie totale ou subtotale ? L'ablation du col entraîne une suture vaginale qui nécessite un temps de cicatrisation. Laisser le col en place respecte les ligaments sacro utérins (évitant le prolapsus) et permet une reprise de la vie sexuelle

plus précoce. Les orgasmes seraient aussi plus fréquents dans ce dernier cas de figure. Mais la fréquence des rapports sexuels, la qualité des orgasmes et la satisfaction sexuelle sont comparables pour les deux techniques. En fait, le meilleur facteur prédictif de satisfaction sexuelle après intervention est le **degré de satisfaction sexuelle avant intervention** !

La chirurgie utérine pour **oncologie pelvienne** par contre peut être source de dysfonctions sexuelles objectives surtout en cas de lymphadénectomie rétropéritonéale extensive. L'hystérectomie élargie et la radiothérapie pratiquées en cas de cancer du col raccourcissent la longueur du vagin entraînant dyspareunie et sécheresse vaginale. La **détérioration de la qualité de vie sexuelle** s'observe dans plus de 50 % des cas de cancers de l'ovaire après traitement : troubles du désir, sécheresse vaginale, dyspareunie.

L'impact sur la sexualité doit être abordé avant l'intervention et un accompagnement est toujours indispensable.

D'après l'exposé du Pr DONNEZ, gynécologue, Cliniques universitaires de Mont Godinne, UCL

Communiquer en sexologie : une réflexion éthique

«L'éthique court après la médecine pour la garder humaine».

La bioéthique vise le respect de la dimension biopsychologique du patient et de son médecin.

La sexualité a une dimension corporelle, génitale, sociétale, narcissique. Elle crée un lien entre deux altérités dans leur différence qui s'inscrit dans la dynamique du donner et recevoir.

Une sexualité normale, entre passion et sérénité, améliore l'estime de soi et la santé. Une vie sexuelle réussie où chaque partenaire trouve le plaisir physique, psychologique et relationnel dans un sentiment de sécurité et de réciprocité a un impact certain sur le bien-être tant mental que physique. Intégrer la dimension affective et sexuelle dans la démarche médicale est dès lors une démarche éthique.

Posons là ou les questions permettant de savoir où en est la santé sexuelle du patient. «Puis-je me permettre de vous poser une question intime ? » ; « Votre maladie a-t-elle des effets sur votre vie sexuelle ? » ; « Depuis votre opération avez-vous repris des relations sexuelles ? » ; « Avez-vous abordé vos difficultés avec votre partenaire ? » ; « Dans votre cas, certains patients présentent des problèmes sexuels, est-ce aussi votre cas ? »... Ce type de questions nous met au service de la santé globale du patient. Tout cela en maintenant la distance (le patient n'est ni un ami ni un amoureux) en restant neutre et bienveillant (sans projeter sur le patient notre conception de la sexualité) et dans le respect du secret médical mais en lui demandant son accord pour pouvoir aborder les problèmes avec le couple.

D'après l'exposé du Pr REYNAERT, psychiatre, sexologue, département de médecine psychosomatique et sexuelle, Cliniques universitaires de Mont Godinne, UCL

(b) N.D.L.R. : l'ablation d'un organe avec une telle symbolique qu'est l'utérus, même si ses conséquences ne sont pas visibles extérieurement comme celle du sein n'affecte-t-elle pas l'image corporelle de la femme tout autant que l'ablation d'un sein avec des répercussions possibles sur l'orgasme ou la vie sexuelle même lors d'hystérectomie pour raisons bénignes... ?