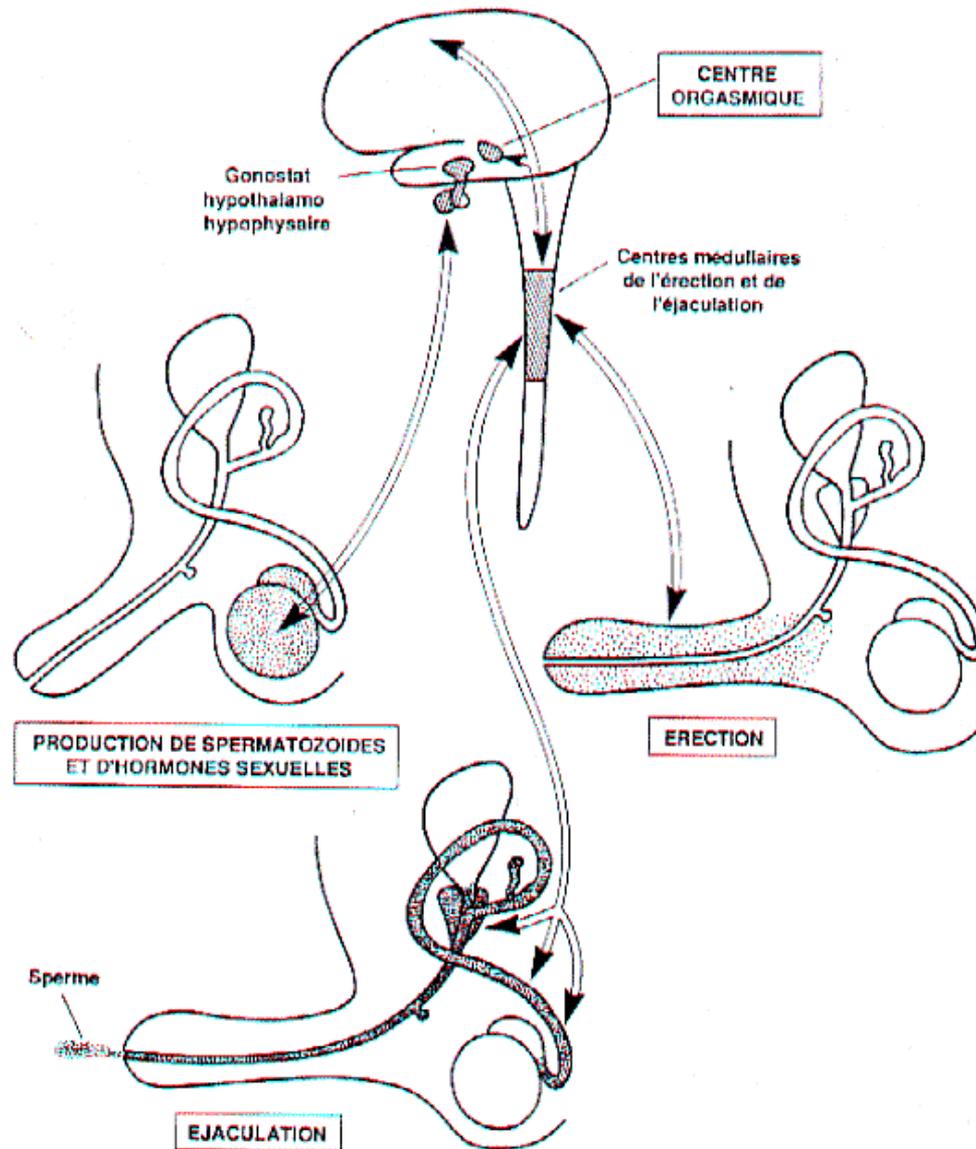


Dysfonctions sexuelles masculines

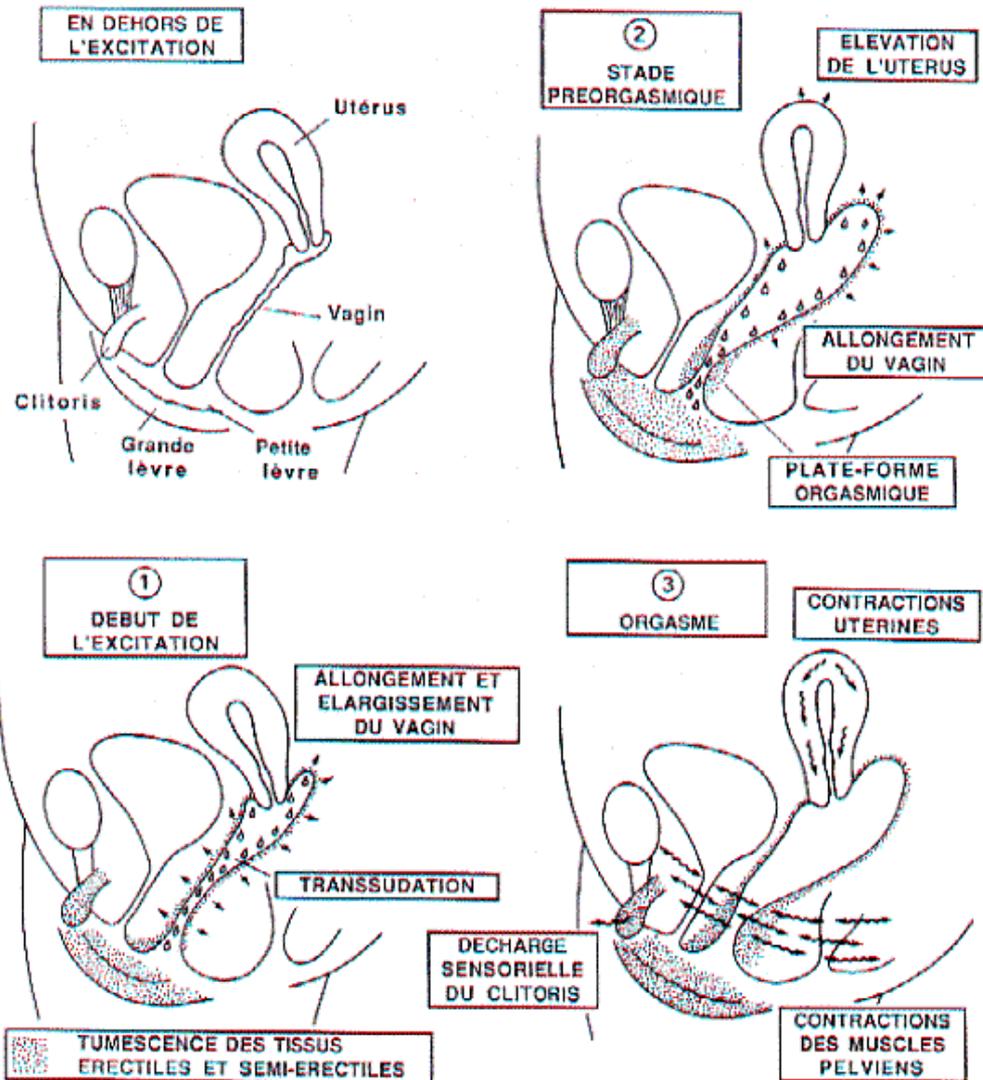
Hervé LEJEUNE

Médecine de la Reproduction

Lyon



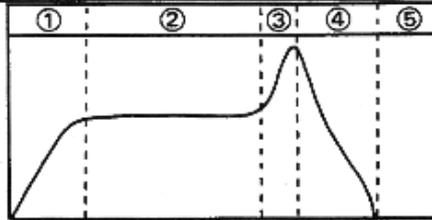
Les principales fonctions de l'appareil génital masculin.



Principales réactions de l'Appareil Génital Féminin au cours de l'excitation sexuelle et de l'orgasme (d'après les données de MASTERS et JOHNSON)

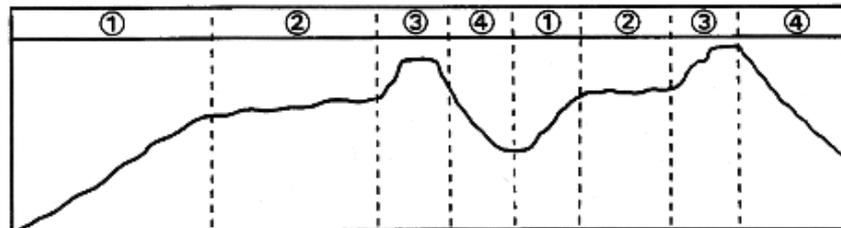
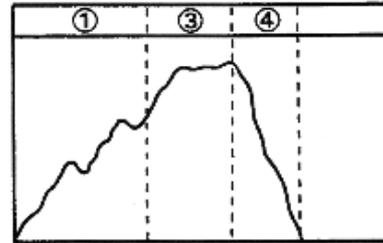
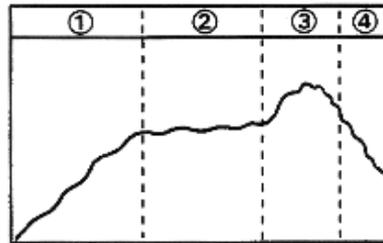
MODELE HABITUEL DU DEROULEMENT DES REACTIONS SEXUELLES MASCULINES

- ① -EXCITATION :
érection
- ② -PLATEAU :
maintien de
l'érection
- ③ -EJACULATION
ORGASME



- ④ -RESOLUTION :
détumescence
- ⑤ - Début de la
phase
réfractaire

VARIATIONS DES REACTIONS SEXUELLES FEMINIENS



- ① - EXCITATION : Tumescence des formations érectiles, transsudation, dilatation vaginale.
- ② - PLATEAU : Maintien de l'excitation.
- ③ - ORGASME.
- ④ - RESOLUTION.

Anatomie et physiologie de l'érection

Définition

Erection : Événement vasculaire initié par une commande nerveuse. C'est un phénomène réflexe au cours duquel une accumulation de sang dans les formations érectiles provoque d'abord une augmentation de volume de la verge, ou tumescence puis une rigidité de la verge, permettant la pénétration vaginale.

Formations érectiles

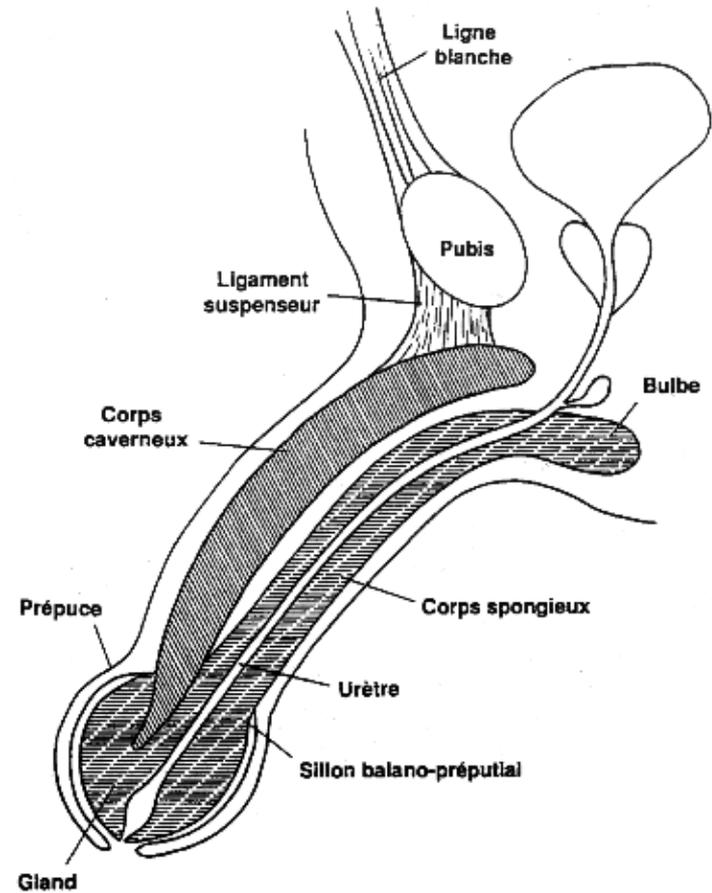
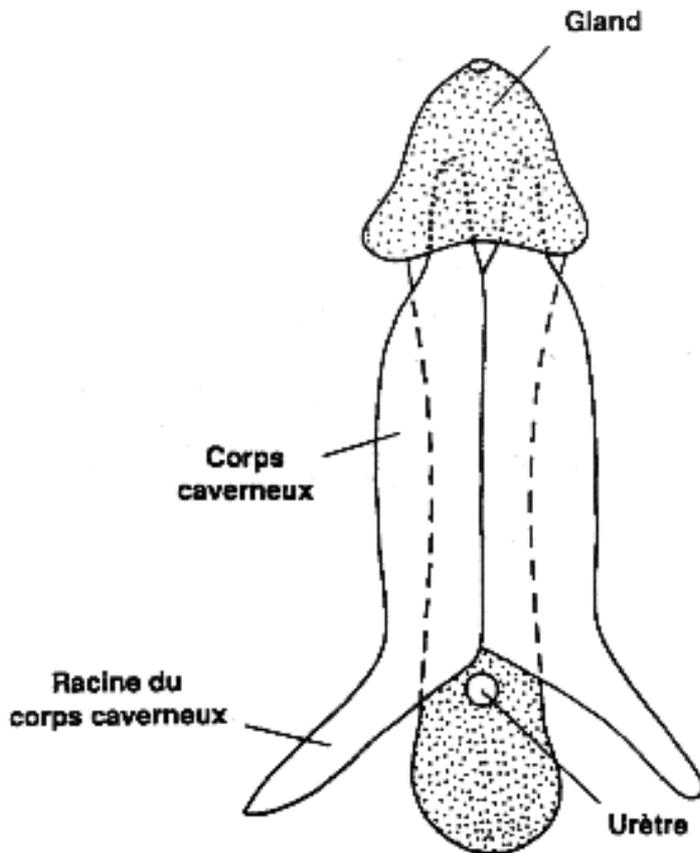
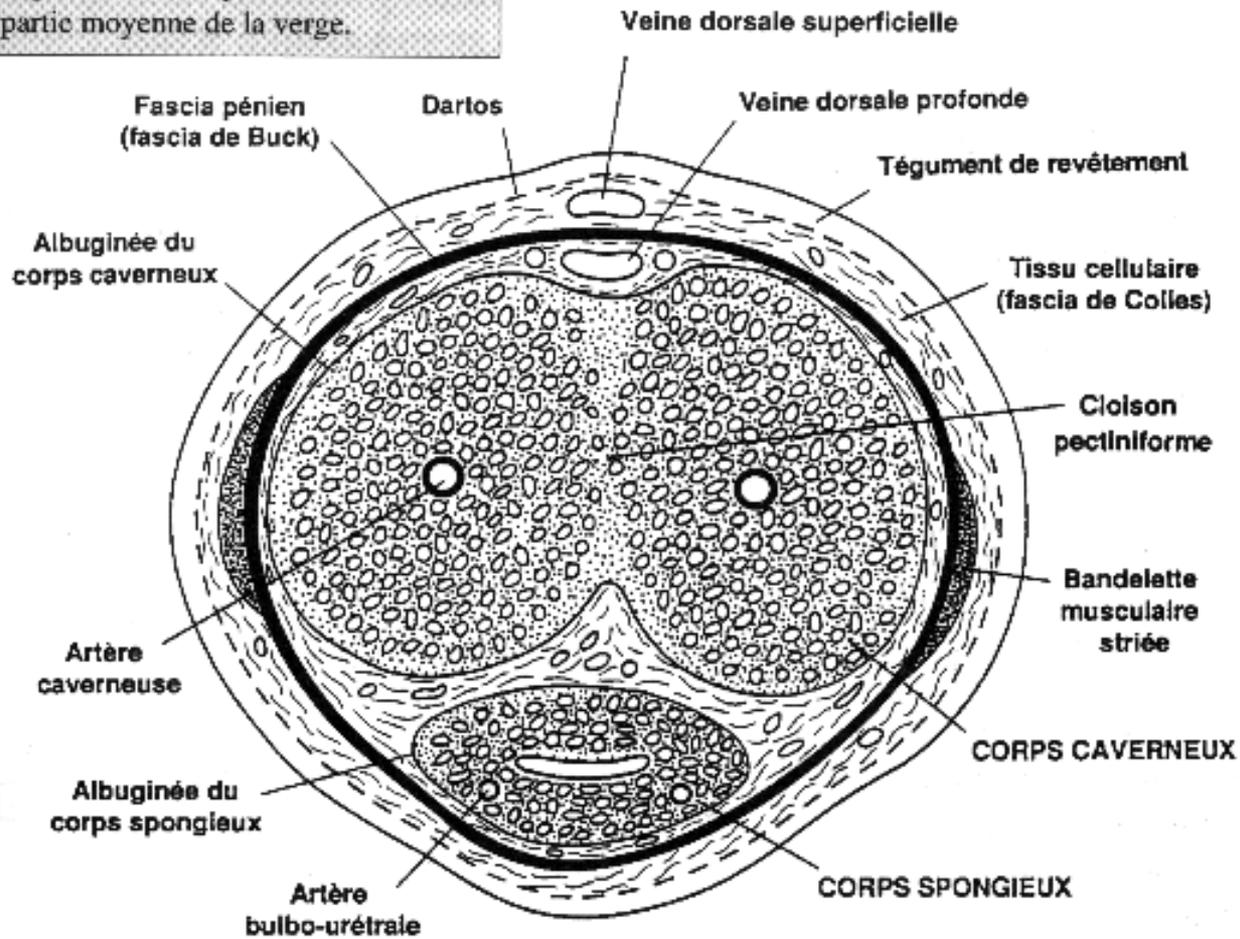
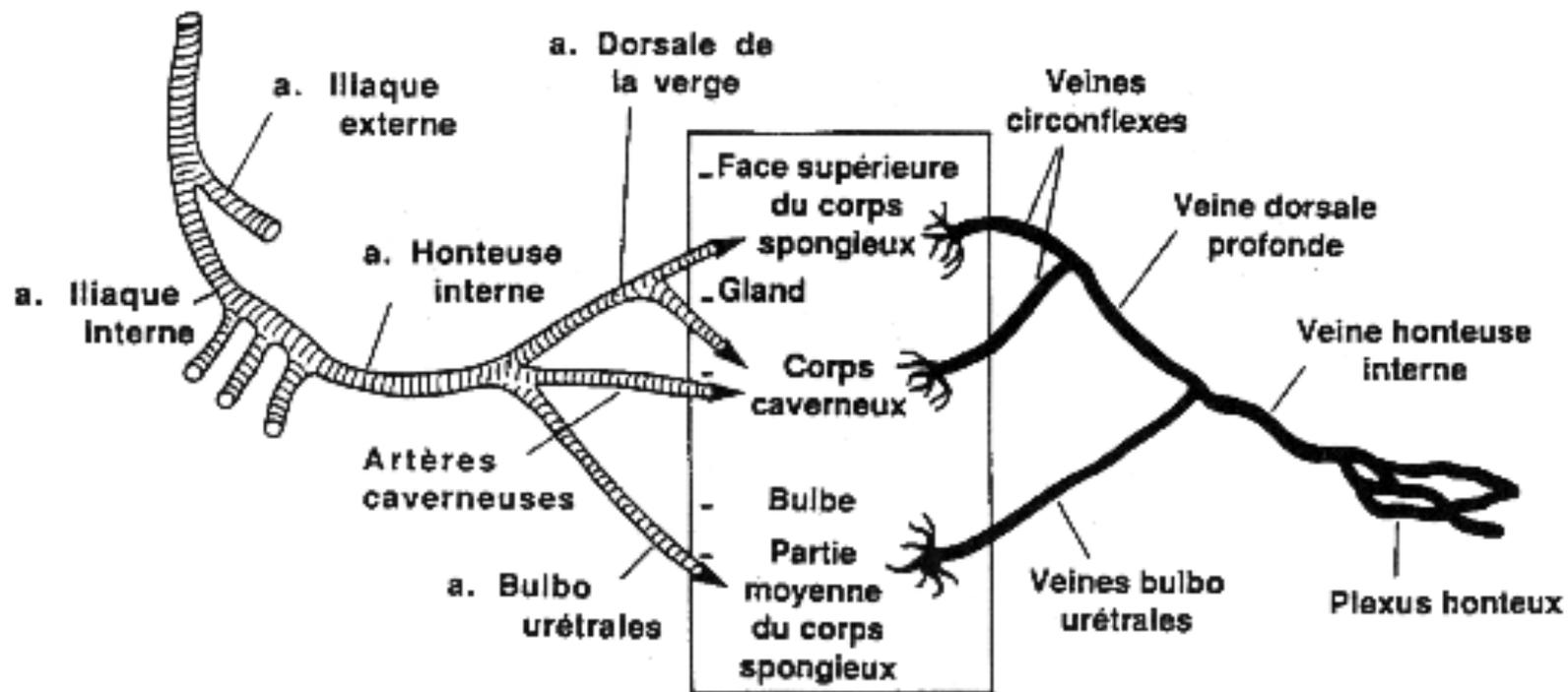
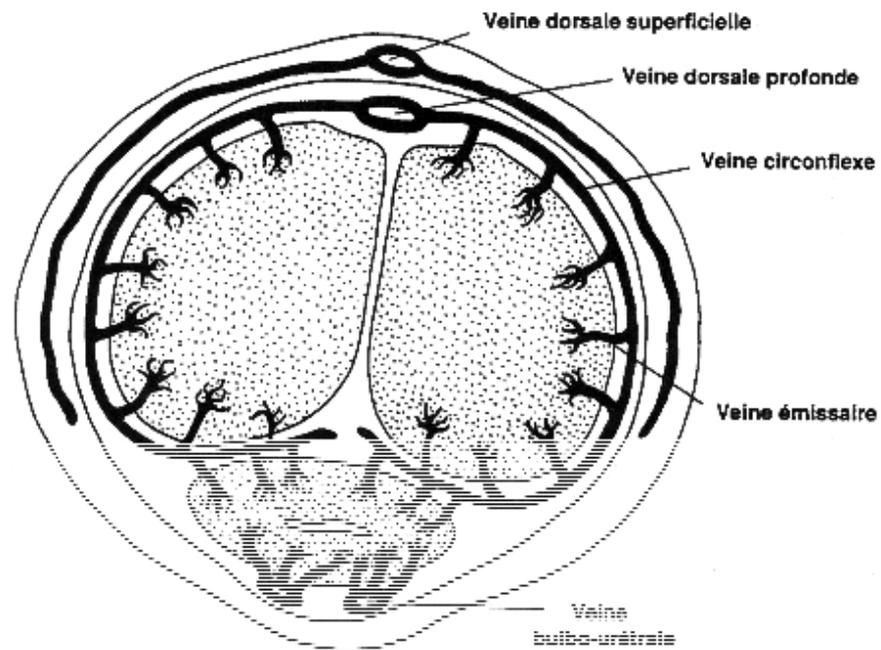
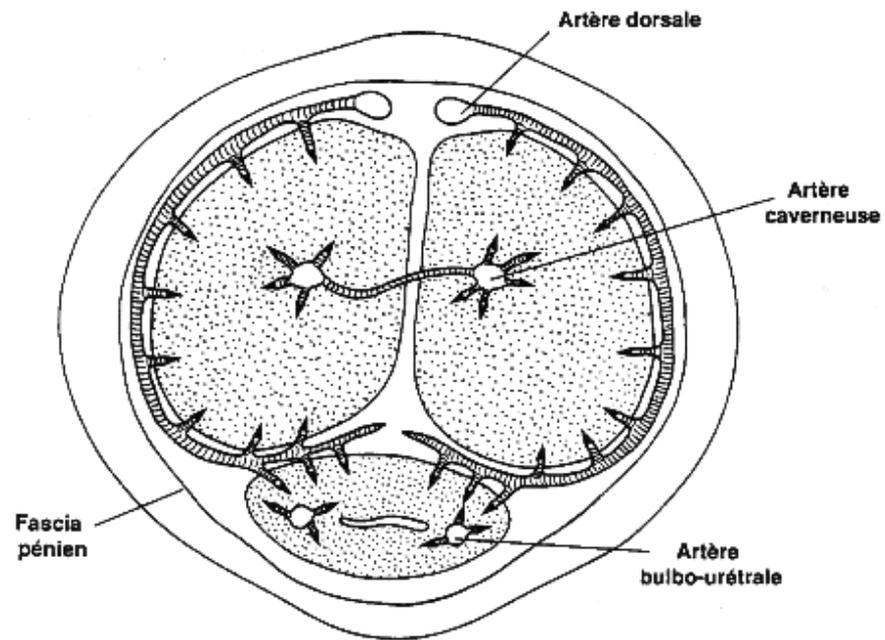


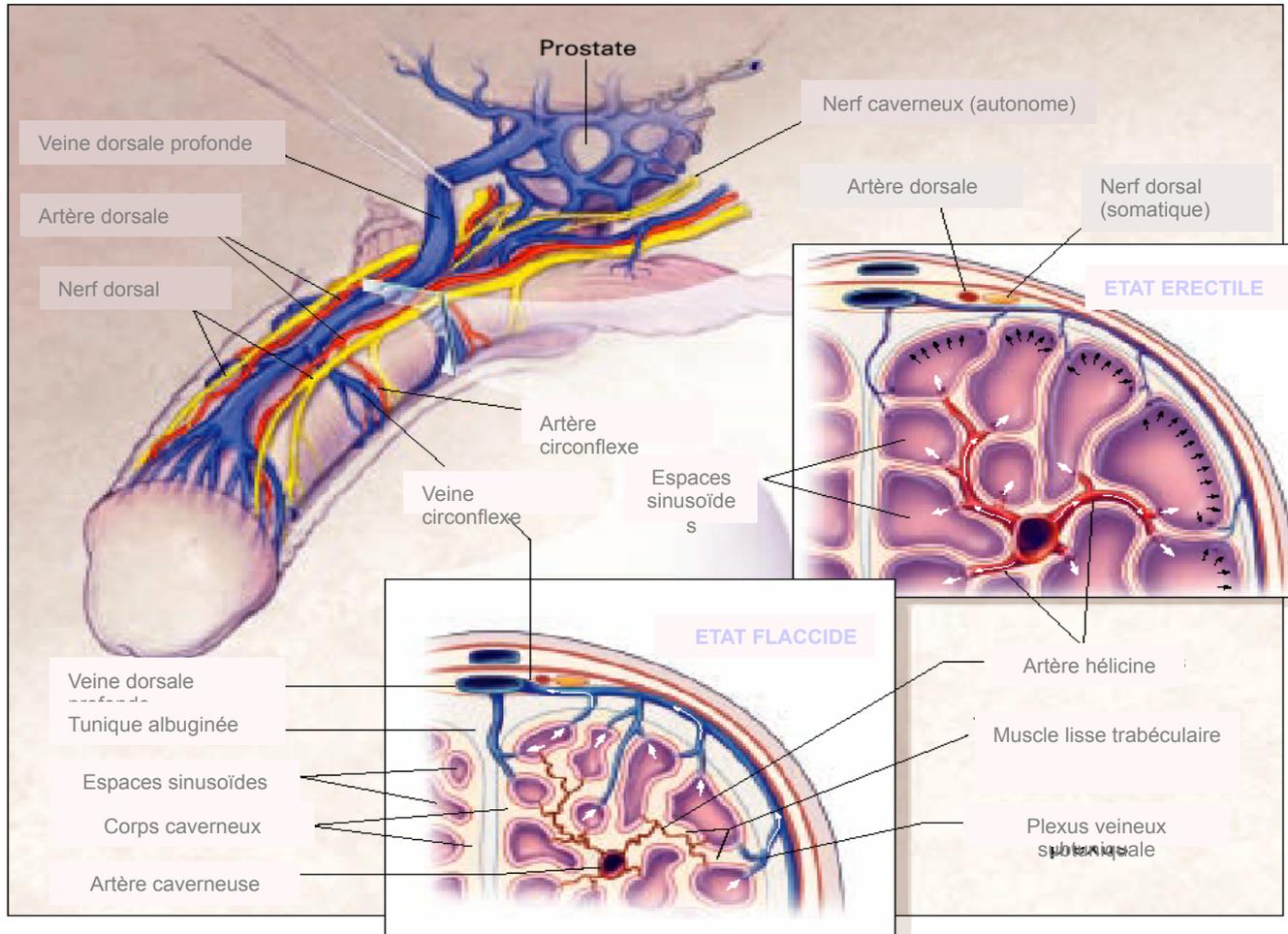
Figure 61 : Coupe transversale de la partie moyenne de la verge.





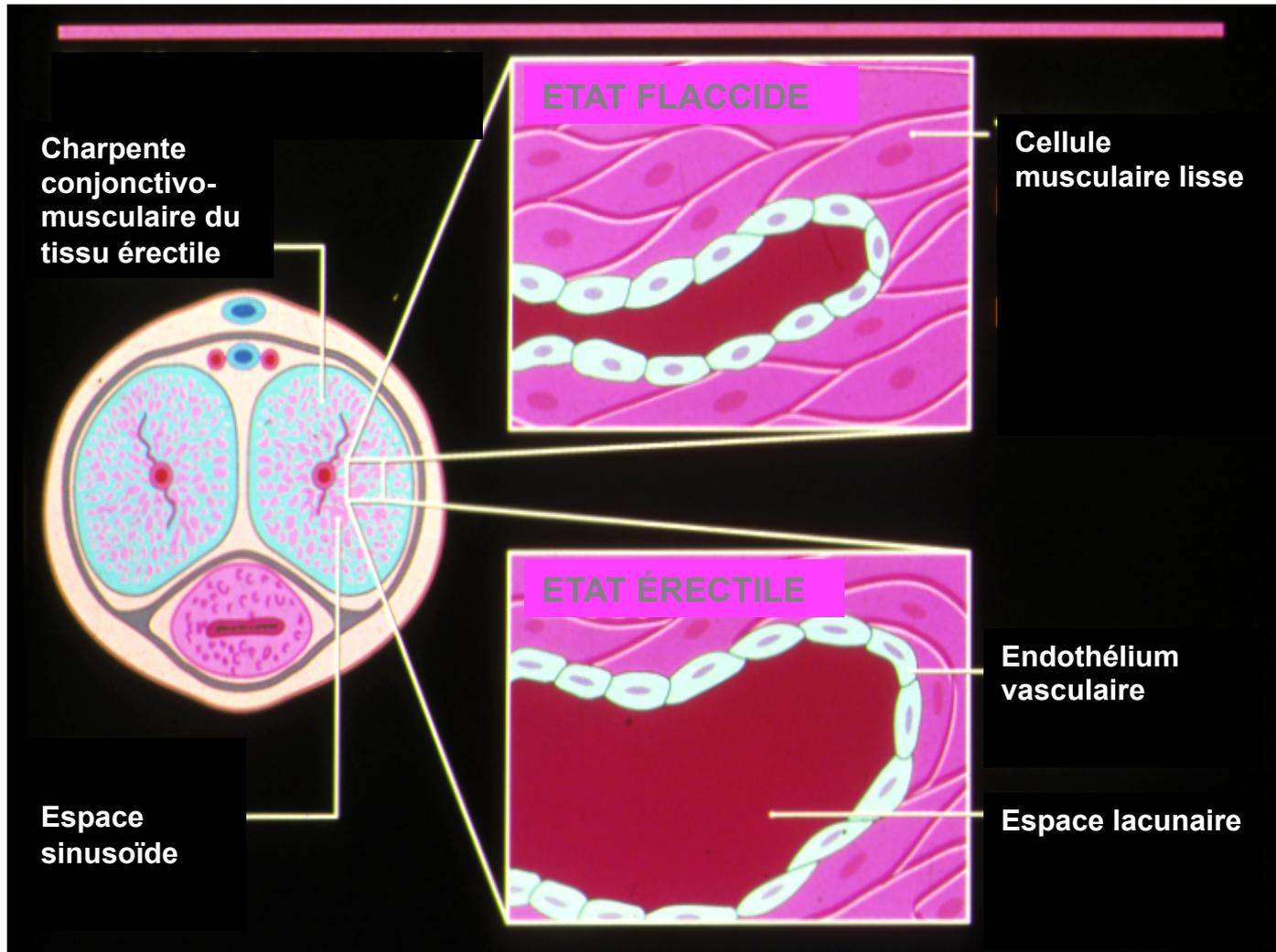


Anatomie fonctionnelle pénienne



Mécanismes locaux de l'érection

Anatomie pénienne microscopique



Commande de l'érection par le système nerveux central

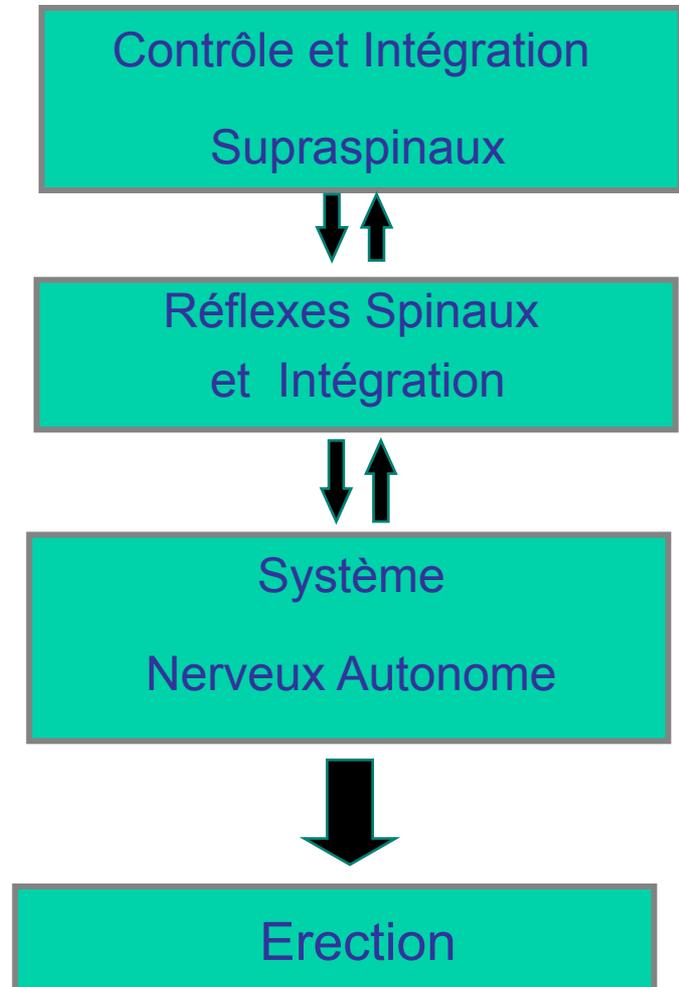
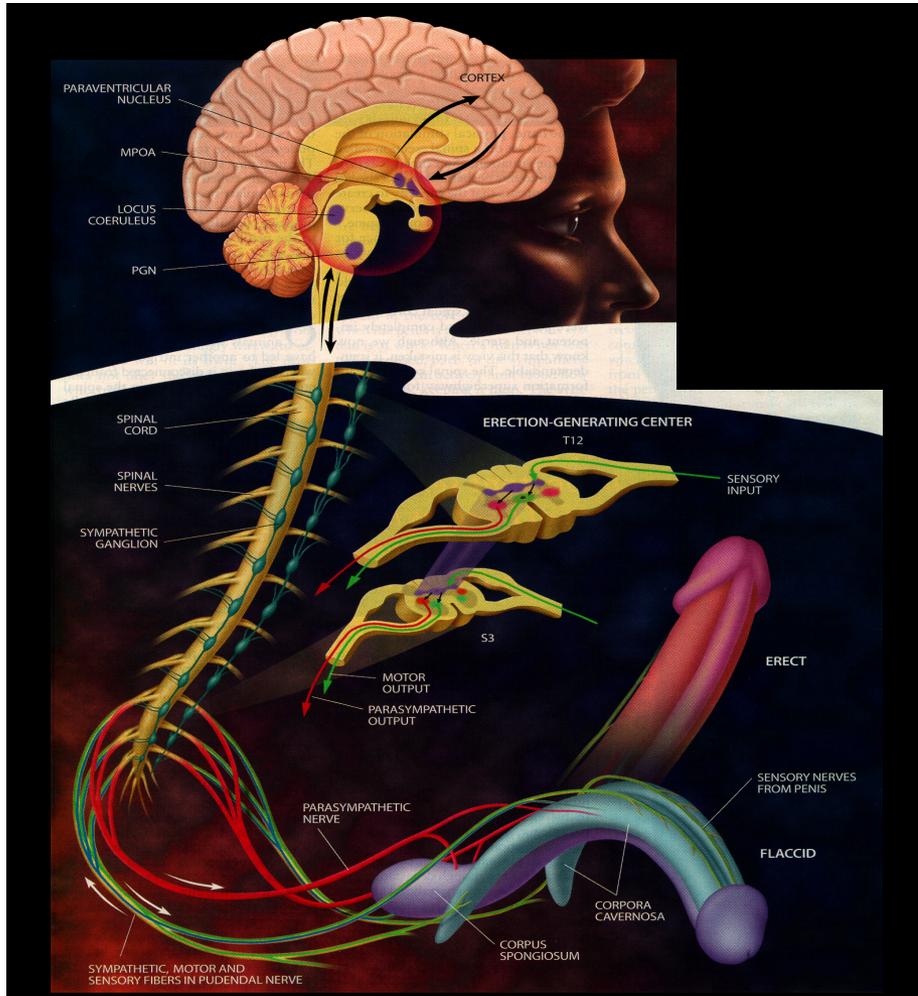
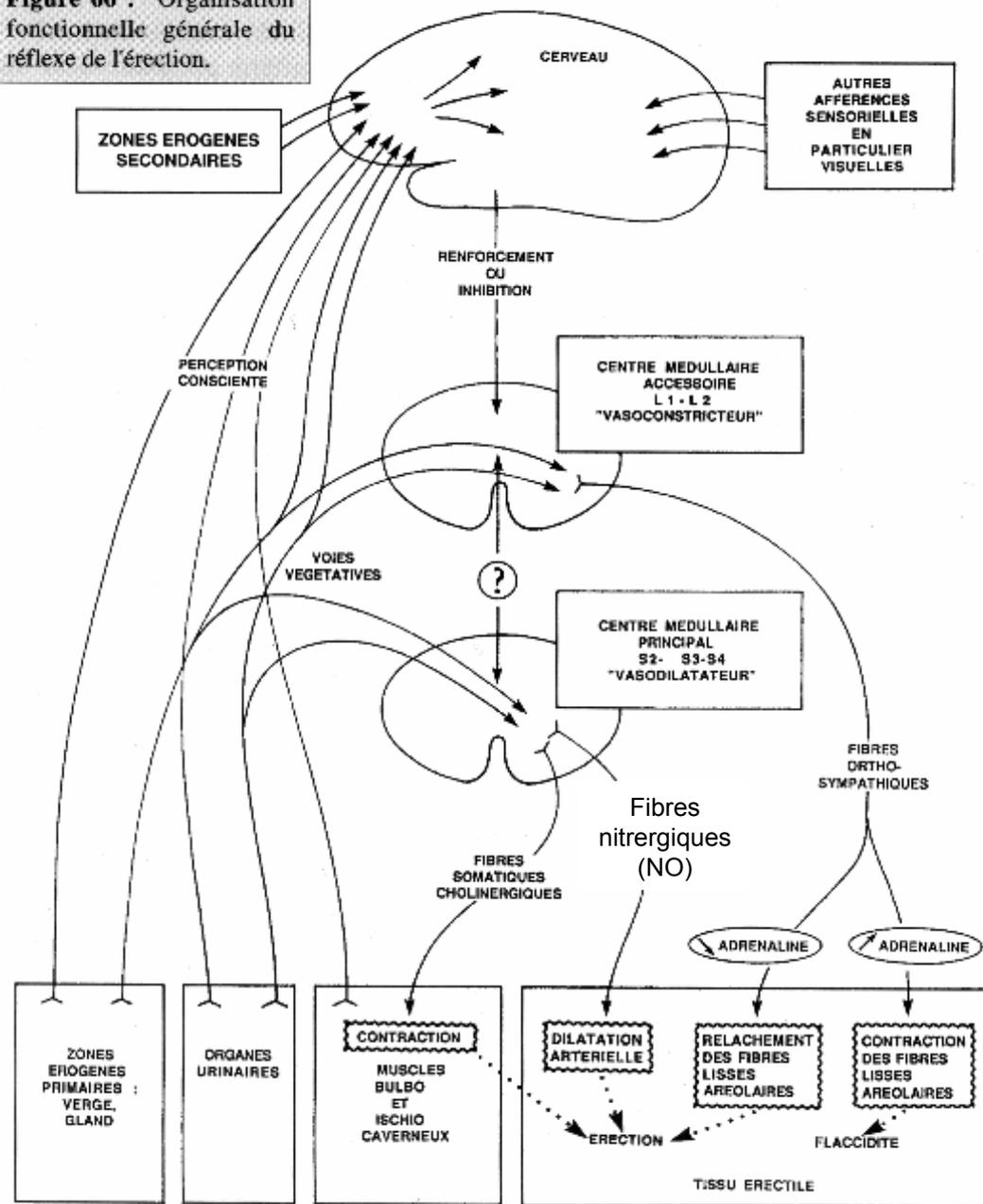


Figure 66 : Organisation fonctionnelle générale du réflexe de l'érection.



Deux modes de survenue différents

- À l'état de veille par les stimulations sexuelles :
 - Stimulation réflexe
 - Stimulation psychogène
- Lors du sommeil paradoxal :
 - de manière automatique

Inhibition du tonus sympathique anti-érectile et Stimulation des voies proérectiles(NO),

ce qui induit :

1°) Relaxation des fibres musculaires lisses de la paroi des artères caverneuses.

- Vasodilatation
- Augmentation du débit sanguin dans les artères caverneuses.

Inhibition du tonus sympathique anti-érectile et Stimulation des voies proérectiles(NO),

ce qui induit :

2°) Relaxation des fibres musculaires lisses
interaréolaires.

- Tumescence des corps caverneux.
- Augmentation de volume de la verge.
- Début d'augmentation de la pression dans les corps caverneux.

Inhibition du tonus sympathique anti-érectile et Stimulation des voies

ce qui induit : proérectiles(NO),

3°) Compression des veines émissaires entre le tissu érectile et l' albuginée inextensible (système veino-occlusif)

- Blocage du drainage veineux
- Augmentation de la pression dans les aréoles
- Rigidité
- Diminution du débit sanguin

Inhibition du tonus sympathique
anti-érectile et Stimulation des voies
proérectiles(NO),
ce qui induit :

4°) Stimulation réflexe des muscles ischio et
bulbo-caverneux

- Augmentation de la pression intra-caverneuse
- Super-rigidité
- Annulation temporaire du débit sanguin.
- L'arc réflexe permet le maintien de la rigidité pendant l'activité sexuelle.

Inhibition du tonus sympathique anti-érectile et Stimulation des voies proérectiles(NO),

ce qui induit :

5°) Éjaculation-orgasme

- Décharge adrénérgique
- Contraction des fibres musculaires lisses intracaverneuses
- Détumescence.

Biochimie de l' érection

Fibres nerveuses : libération de neuromédiateurs

- NorAdrenaline
- NO
- ...

Cellules endothéliale : libération de facteurs paracrines locaux

- NO
- PGE1
- ...

Cellule musculaire lisse = effecteur

Systeme adrénergique

- Noradrénaline
- Récepteurs Alpha1 adrénergiques
- Augmentation du Ca^{++} intracellulaire
- Contraction fibre musculaire lisse
- Flaccidité

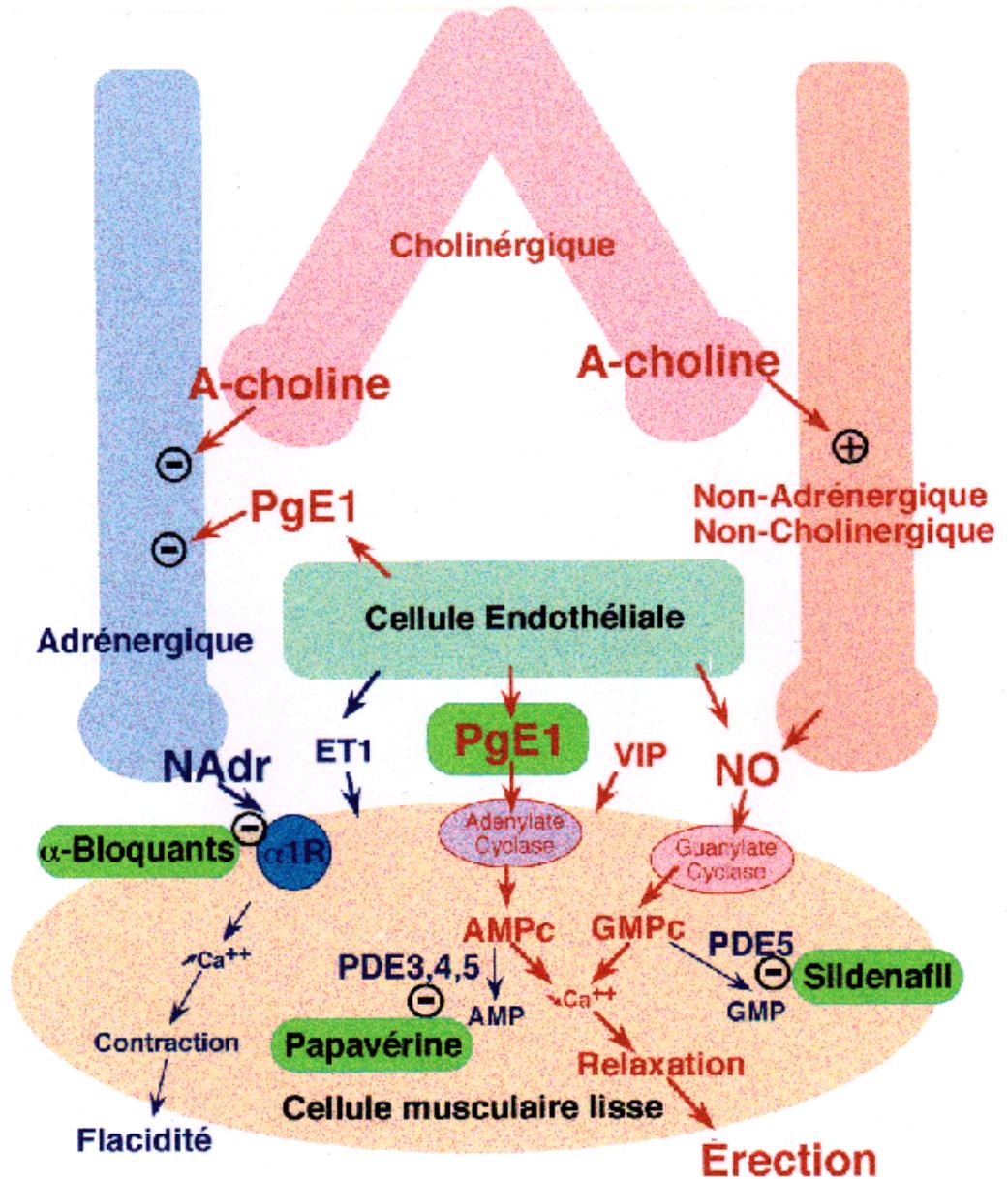
Systeme nitreurgique

- NO
- Guanylate cyclase : GMPc
(destruit par phosphodiesterase 5)
- Diminution du Ca^{++} intracellulaire
- Relaxation fibre musculaire lisse
- Érection

Endothélium

- NO ...
- PgE1
 - Adénylate Cyclase : AMPc
 - (détruit par phosphodiesterases 3, 4, 5)
 - Diminution du Ca⁺⁺ intracellulaire
 - Relaxation fibre musculaire lisse
 - Érection

Biochimie de l'érection



Anatomie et physiologie de l'éjaculation

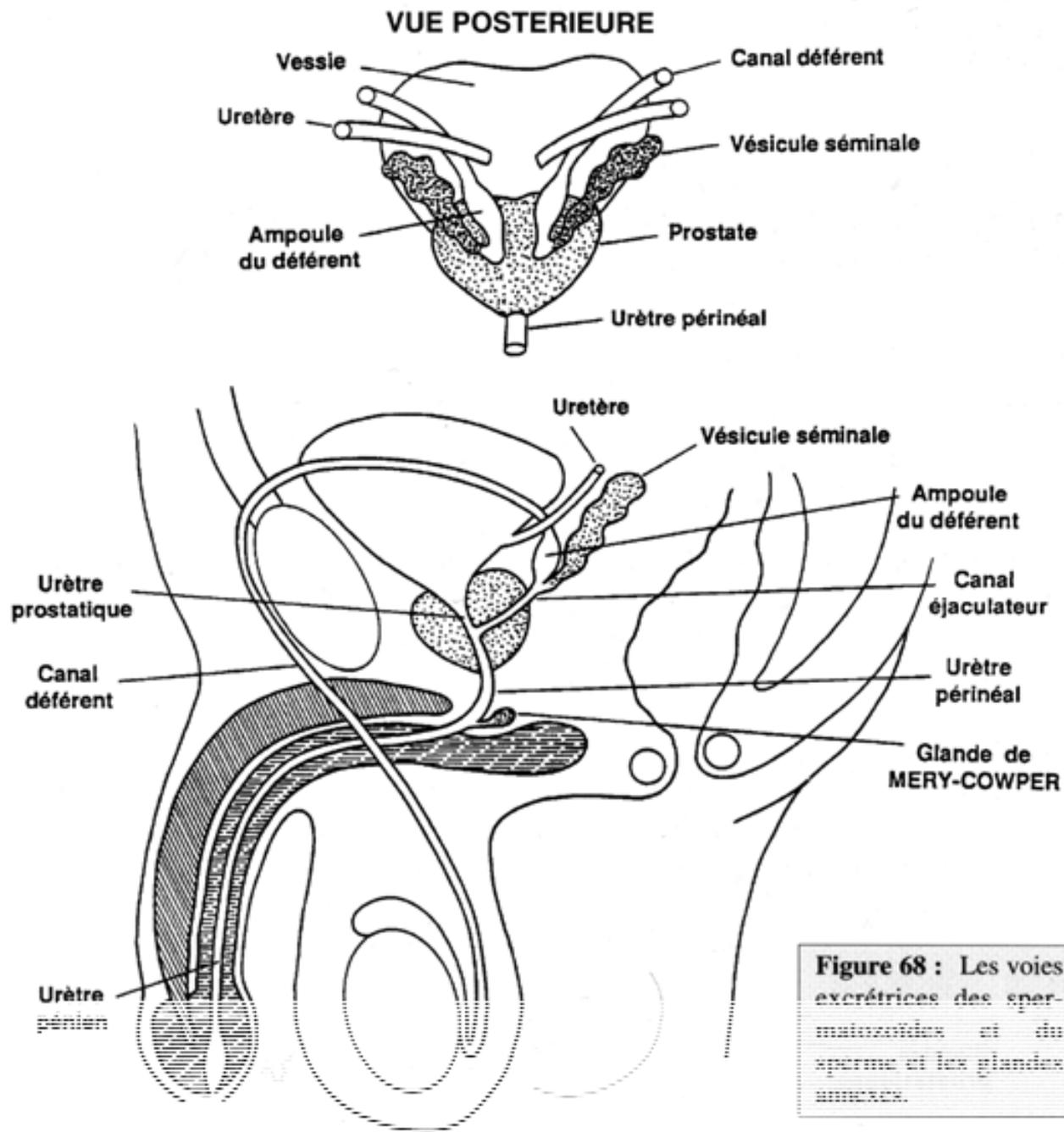
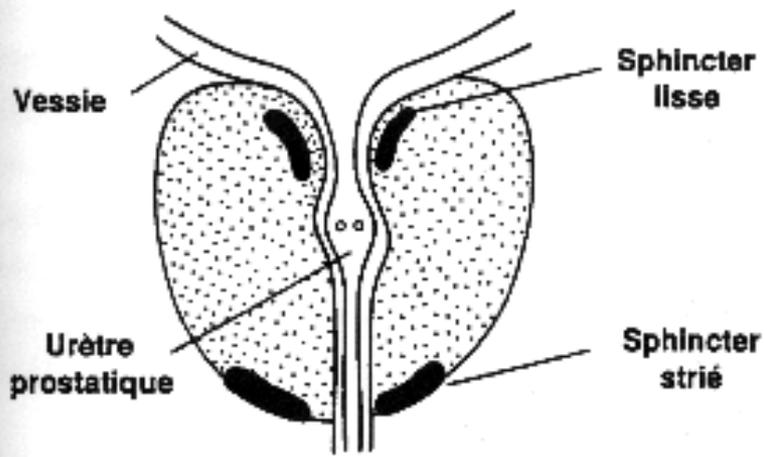


Figure 68 : Les voies excrétrices des spermatozoïdes et du sperme et les glandes annexes.

COUPE FRONTALE



COUPE SAGITTALE

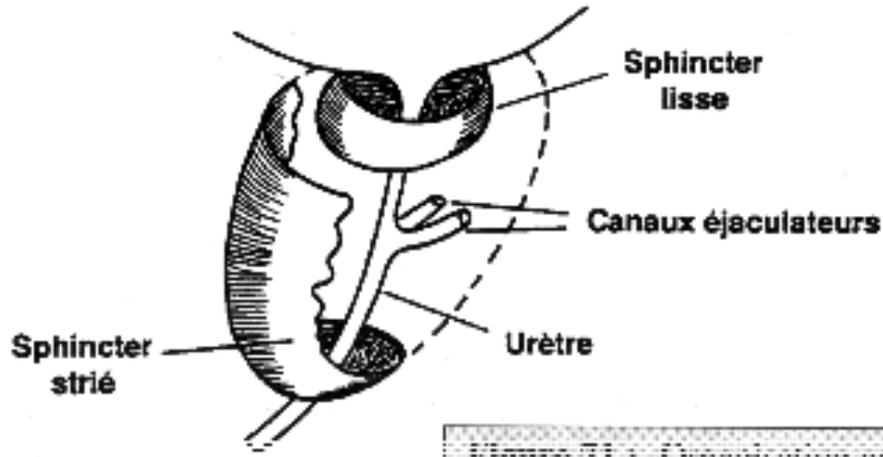
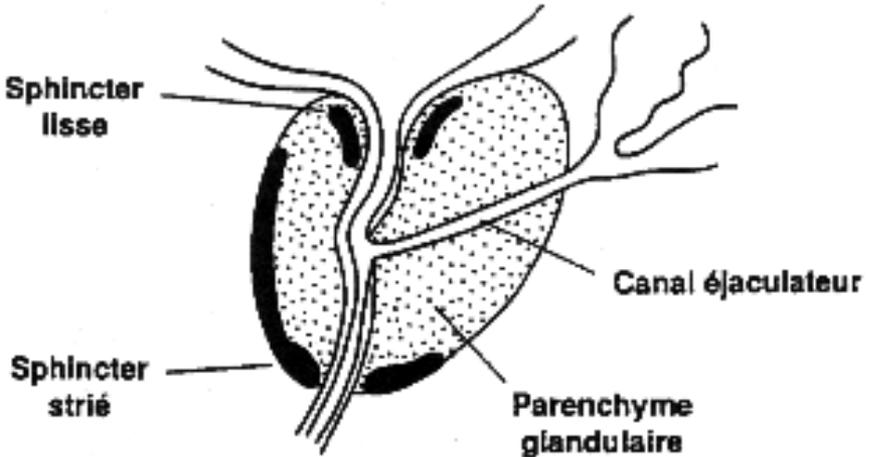


Figure 71 : Organisation générale de la prostate.

Déroulement de l' éjaculation

Deux phases successives

- 1°) Phase sécrétoire
 - Excretion des sécrétion de la prostate et des vésicules séminales
 - Mobilisation des spermatozoïdes
- 2°) Phase d' expulsion

1°) Phase sécrétoire

Excrétion du liquide élaboré par les glandes annexes et mobilisation d'une partie des spermatozoïdes contenus dans le canal épидидymo-déférentiel.

Contraction des fibres musculaires lisses de la paroi des glandes annexes de manière soutenue

et de manière péristaltique pour les canaux épидидymo-déférentiels par intervention de l'innervation adrénergique

- 1° contraction prostatique
- 2° contraction de l'ampoule déférentielle
- 3° contraction des vésicules séminales

Accumulation des sécrétions prostatiques, testiculo-épидидymaires, et des vésicules séminales dans l'urètre prostatique ...

1°) Phase sécrétoire

Accumulation des sécrétions prostatiques, testiculo-épididymaires, et des vésicules séminales dans l'urètre prostatique, fermé à ses 2 extrémités

Fermeture vessie - urètre prostatique : sphincter lisse

Fermeture urètre prostatique - urètre membraneux : sphincter strié.

L'urètre prostatique se dilate. Sa mise en tension correspond à la sensation d'imminence de l'éjaculation.

1° fraction : spermatozoïdes + liquide des ampoules déférentielles + liquide prostatique.

2° fraction : liquide des vésicules séminales dont l'excrétion est plus tardive

2°) Phase d'expulsion

Elle met en jeu 2 types de musculature :

1° les deux sphincters prostatiques

2° l'ensemble des muscles périnéaux et la musculature lisse de l'urètre

Le sphincter lisse de la vessie est fermé en permanence se contracte par intervention de son innervation adrénérgique

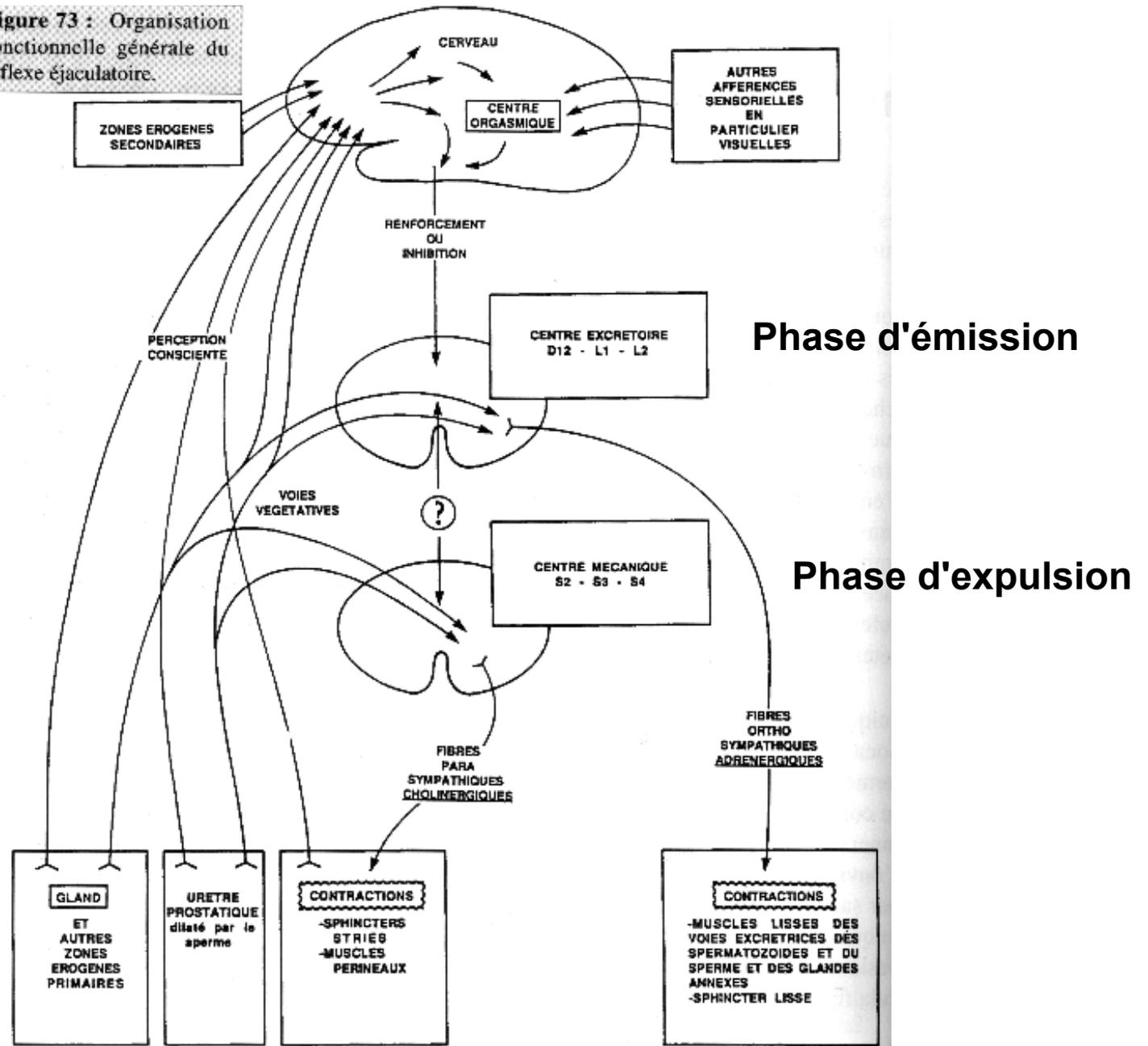
Le sphincter strié est forcé par la pression du sperme accumulé, s'ouvre tout en présentant des contractions spasmodiques

Le sperme s'écoule par saccades (3 à 5 secousses cloniques survenant toutes les 0,8 secondes), dues aux contractions de l'ensemble des muscles périnéaux, du releveur de l'anus et de la musculature de l'urètre.

En même temps se poursuit la contraction des vésicules séminales.

La sensation orgasmique est contemporaine des contractions musculaires expulsives.

Figure 73 : Organisation fonctionnelle générale du réflexe éjaculatoire.



Épidémiologie des dysfonctions sexuelles masculines

Classification des dysfonctions sexuelles masculines

- Troubles du désir
- Troubles de l'érection
- Troubles de l'éjaculation
 - Ejaculation prématurée
 - Anéjaculation
- Troubles du plaisir
- Dyspareunie

Épidémiologie descriptive des dysfonctions sexuelles masculines

Prévalence de la Dysfonction Érectile en France

SPIRA / BEJIN 1993 ACSF

(1308 hommes sexuellement actifs entre 18 et 69 ans)

Avez-vous déjà présenté les signes suivants :

Vous n'avez pas du tout d'érection (impuissance) ?

Souvent : 7%

Parfois : 12%

Rarement : 28%

Jamais : 52%

Non réponse : 1%

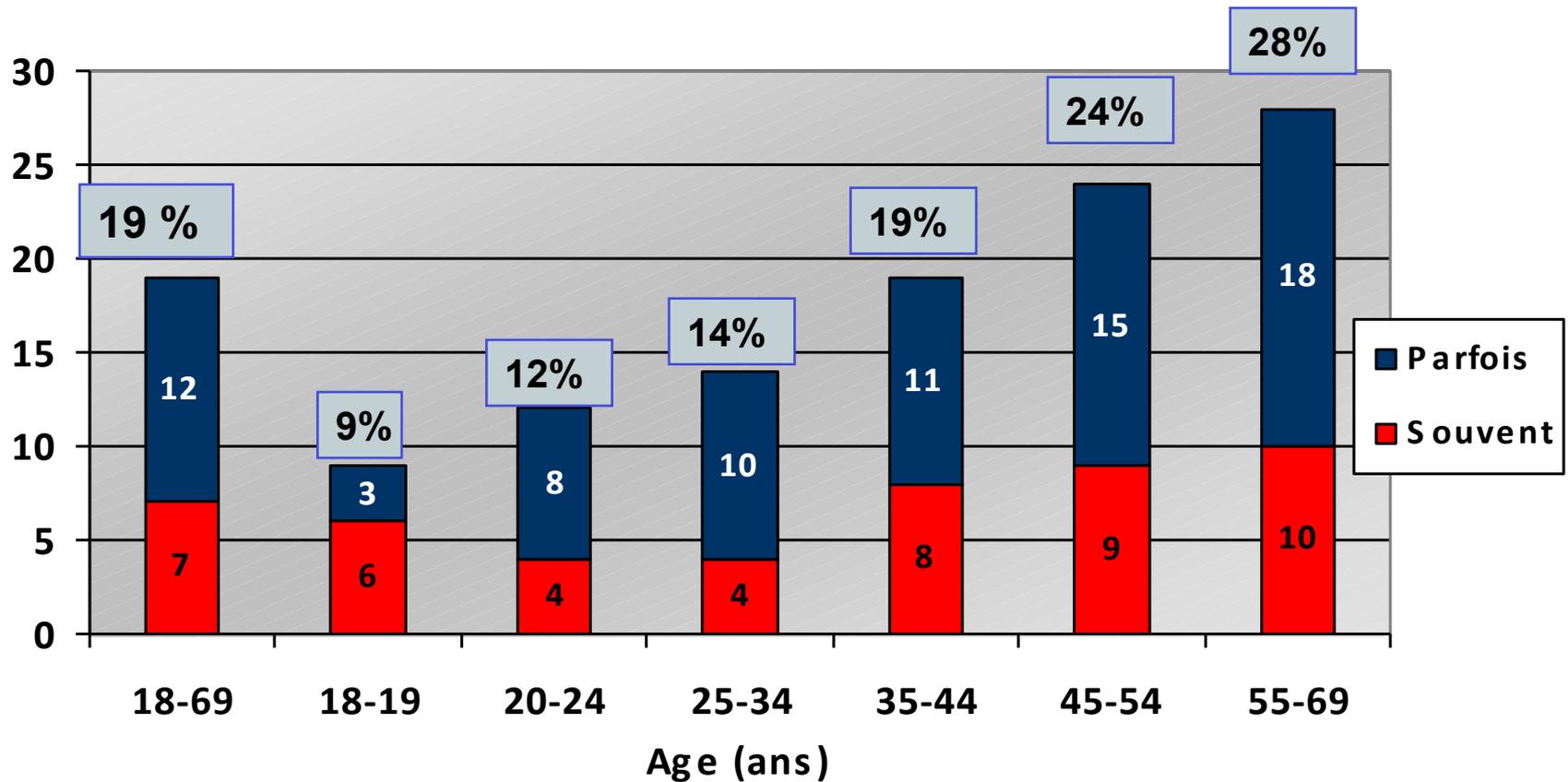
Dysfonction Erectile modérée ou sévère

(souvent+parfois) : **19%**

Dysfonction Erectile au moins

occasionnelle (souvent+parfois+rarement) : **47%**

Effet de l'âge sur la prévalence de la dysfonction érectile



Ejaculation prématurée

Enquête ACSF 1993 (Spira/Béjin) France

- Éjaculation ante portas « souvent ou parfois » **21 %**
 - (souvent 5% ; parfois 16%)
- Éjaculation prématurée pendant ou après la pénétration vaginale « souvent ou parfois » **37 %**
 - (souvent 10% ; parfois 27%)

Anéjaculation

Enquête ACSF 1993 (Spira/Béjin) France

- Éjaculation tardive « souvent ou parfois » **20 %**
(souvent 4% ; parfois 16%)
- Anéjaculation « souvent ou parfois » **7 %**
(souvent 2% ; parfois 5%)
- Anorgasmie « souvent ou parfois » **14 %**
(souvent 7% ; parfois 7%)

Absence ou insuffisance de désir sexuel

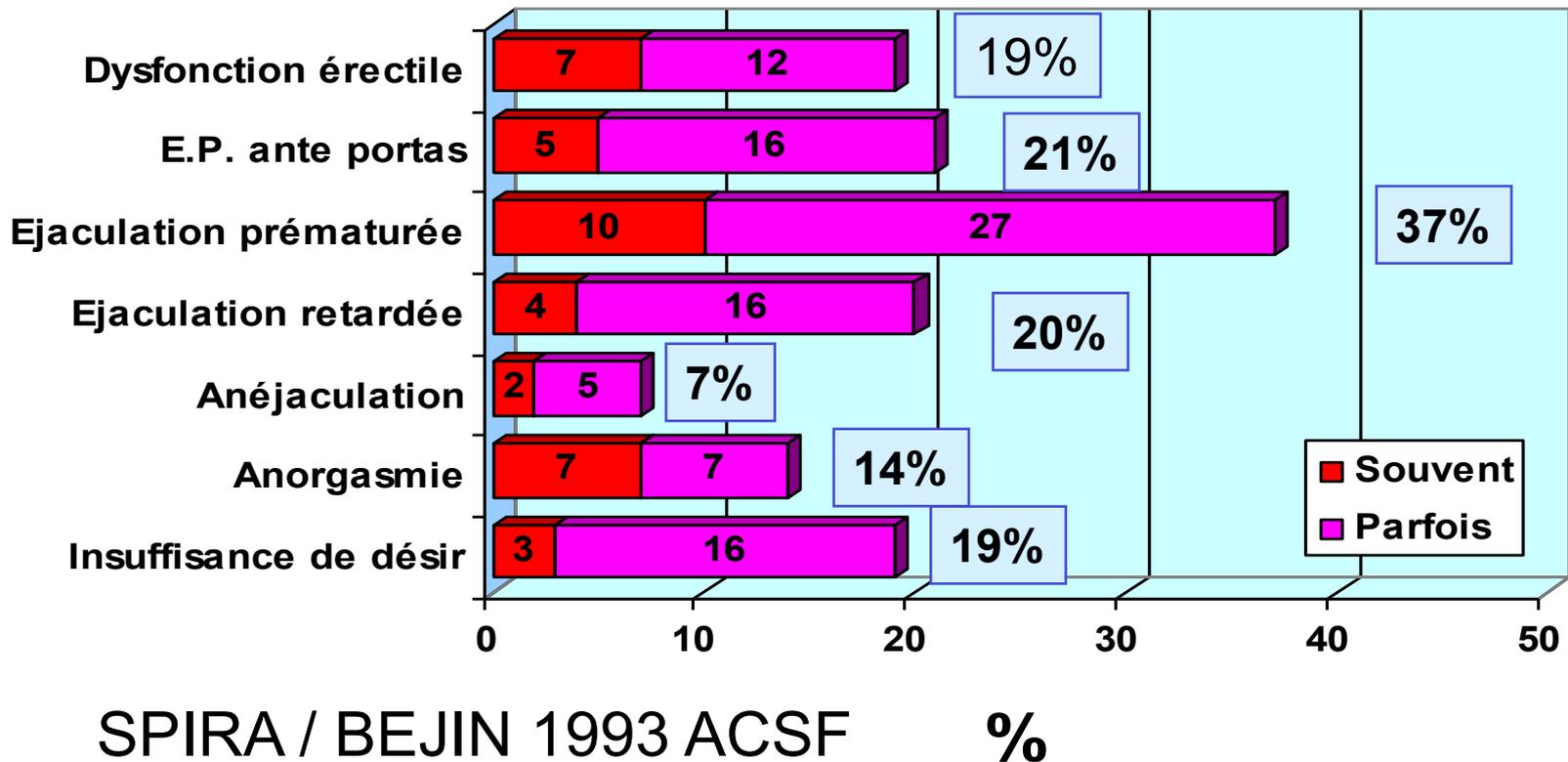
Enquête ACSF 1993 (Spira/Béjin)

Absence ou insuffisance
de désir sexuel:

19 %

(souvent 3% ; parfois 16%)

Prévalence des dysfonctions sexuelles masculines en France



Dysfonctions sexuelles : conclusions

- Les dysfonctions sexuelles ont une prévalence élevée (phénomène de santé non négligeable)
- La dysfonction érectile n'est pas la seule dysfonction sexuelle. Elle est toutefois la mieux étudiée.
- Sa prévalence est de 11 à 19 % de DE modérées ou sévères.
- L'âge représente un facteur de risque prépondérant.

L' épidémiologie
analytique
de la dysfonction érectile

Facteurs de risque des dysfonctions érectiles (2.1)

- Lien statistique : circonstances dans laquelle la dysfonction érectile est plus fréquente que dans la population générale (Risque Relatif ; Odd Ratio)

Âge

Facteur	Odd-ratio (OR)
[40-49 ans] vs [30-39 ans]	3.72
[50-59 ans] vs [30-39 ans]	5.16
[60-69 ans] vs [30-39 ans]	11.02
[70-79 ans] vs [30-39 ans]	22.42

*Résultats portant sur les 4489 questionnaires complets évaluable
Nombre de patients interrogés : 8000*

Facteurs de risque des dysfonctions érectiles (2.2)

- Facteurs de risque cardiovasculaires

Facteur	Odd-ratio (OR)
Cardiopathies	2
Hypertension	1,5 - 2
Cholestérol-HDL bas	4
Diabète	3 - 4
Tabagisme	1,6 - 2,4

Facteurs de risque des dysfonctions érectiles (2.3)

- Facteurs de risque non vasculaires

Facteur	Odd-ratio (OR)
Dépression	2 - 3,5
"Prostatisme"	1,5 - 2
Chirurgie d'exérèse pelvienne	6,03
Mauvais état général	2

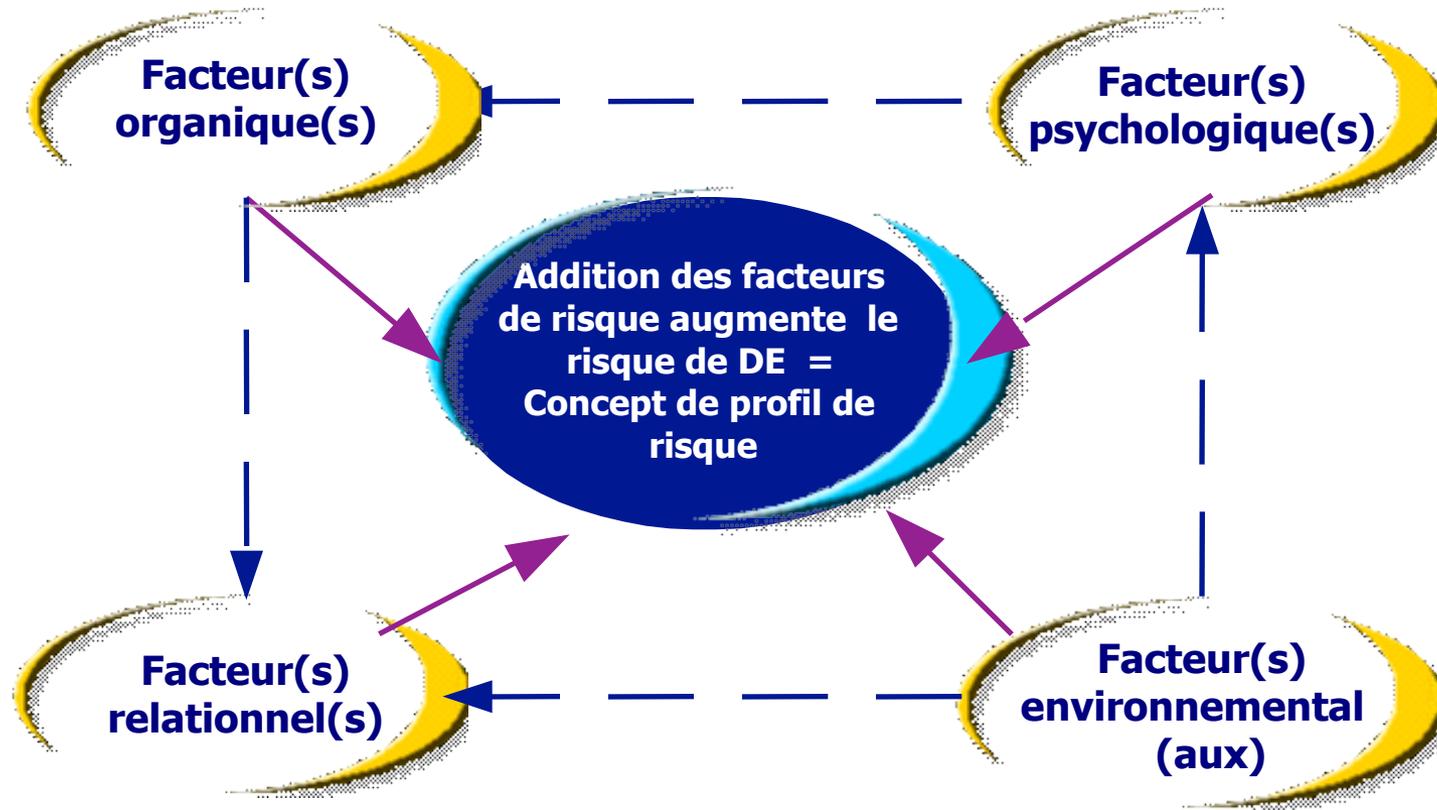
Facteurs de risque des dysfonctions érectiles (2.4)

- Facteurs de risque liés à l' environnement du patient

Facteur	Odd-ratio (OR)
Faibles revenus	2,11
Stress émotionnel	3,6
Absence de plaisir dans la vie	2,3
Absence de partenaire	1,6

Facteurs de risque des dysfonctions érectiles (3)

Souvent multiples



Diagnostic de pathologie générale lors d'une consultation pour dysfonction érectile.

Diabète

Sairam et al. BJU 2001 ;81 :68-71

- Hommes consultant pour Dysfonction érectile (n=129)
 - 17% Diabète connu (n=22)
 - 83% pas de Diabète connu (n=107)
- Glycémie à Jeun
 - 4,7% Découverte de diabète ($G > 7 \text{ mmol/l}$) (n=5)
 - 12% Hyperglycémie ($5,5 < G < 7 \text{ mmol/l}$) (n=13)

Dysfonction érectile : facteur prédictif d' une pathologie cardiovasculaire ?

Evaluation du risque d' accident cardiovasculaire selon l' étude de Framingham

Roumegere et al. 2003 ; 44 : 355-359

Étude prospective comparative menée chez 315 hommes âgés de 35 à 75 ans

Le risque d' accident cardiovasculaire serait augmenté en cas de dysfonction érectile

	ED	Controls	P
Population	12.18	9.07	<0.001
40-49 years	7.41	3.57	<0.001
50-59 years	11.67	9.77	<0.029
60-69 years	16.73	12.33	<0.007

Median calculated 10-year CHD risk for global study population and agegroup 40-49 years, 50-59 years and 60-69 years

Dysfonction érectile symptôme prémonitoire d' une pathologie cardiovasculaire sous-jacente ?

Coronaropathie

Montorsi et al. Euro Urol. 2003

- Angor et coronarographie pathologique (n=300)
- 49% Dysfonction érectile associée (n=147)
- Dans 67% des cas, la dysfonction érectile précédait l' angor (n=99)
- Délai moyen 38,8 mois [1-168]

Dysfonction érectile : symptôme / maladie

- **Dysfonction érectile symptôme**
 - Dépistage, prévention, thérapeutiques spécifiques des pathologies associées.
- **Dysfonction érectile maladie**
 - Prise en charge thérapeutique de la dysfonction érectile

L' épidémiologie analytique a mis en évidence de nombreux facteurs de risque de dysfonction érectile

- Diabète
- Hypertension artérielle
- Tabagisme
- Dyslipidémie
- Maladies cardio-vasculaires
- Chirurgie et irradiation pelviennes
- Pathologies médullaire et pelvienne
- Neuropathies
- Hypogonadismes
- Médicaments
- Insuffisance rénale chronique
- Troubles psychologiques
- Toxique : Alcool, Tabac, Toxicomanie
- Facteurs socio-économiques et mode de vie

Causes Organiques

(+ retentissement psychologique)

- Métabolisme :
 - Diabète (33% des causes organiques),
 - Dyslipidémie, syndrome métabolique
- Cardiologie :
 - HTA,
 - Athérosclérose : infarctus, artériopathie, revascularisation coronarienne
 - Médicaments : diurétiques, bêta-bloquants, anti-hypertenseurs centraux, inhibiteurs calciques, hypolipémifiants, digitaliques, vasodilatateurs

Causes Organiques

(+ retentissement psychologique)

- Neuro-psychiatrie :
 - Dépression,
 - Sclérose en plaque, Maladie de Parkinson, Accidents vasculaires cérébraux, Alzheimer,
 - Epilepsie - anti-épileptiques
 - Traumatisme médullaire,
 - Médicaments psychotropes : neuroleptiques, antidépresseurs

Causes Organiques

(+ retentissement psychologique)

- Neuro-psychiatrie :
 - Dépression,
 - Sclérose en plaque, Maladie de Parkinson, Accidents vasculaires cérébraux, Alzheimer,
 - Epilepsie - anti-épileptiques
 - Traumatisme médullaire,
 - Médicaments psychotropes : neuroleptiques, antidépresseurs

Causes Organiques

(+ retentissement psychologique)

- Urologique – pelvienne
 - Chirurgie pelvienne : Prostatectomie radicale,
 - Chirurgie vasculaire : Sympathectomie
 - Radiothérapie pelvienne
- Néphrologie : Insuffisance rénale
- Toxique : Alcool, Tabac, Toxicomanie
- Tissulaire : fibrose du tissu érectile (Maladie de Lapeyronnie)

Causes Psychogènes

- Évènements de vie
- Angoisse de performance - Anxiété
- Dépression
- Conflits conjugaux
- Ignorance de la sexualité - contraintes religieuses
- Névroses caractérisées - Psychoses - Personnalités déviantes, Perversions

Arguments d'orientation

ORGANIQUE

- Début progressif
- Disparition des érections nocturnes
- Conservation de la Libido
- Éjaculation à verge molle
- Partenaire stable
- Personnalité stable à humeur normal
- Absence de facteur déclenchant

PSYCHOGENE

- Début brutal
- Facteur déclenchant psycho-affectif/relationnel
- Conflit conjugal
- Anxiété - Dépression
- Libido emoussée
- Absence d'éjaculation
- Variabilité des troubles selon les circonstances

Traitements des dysfonctions érectiles

Psychothérapies et thérapies comportementales

- Causes psychogènes
- Retentissement psychique de toutes dysfonctions érectiles

Traitement médical

- Traitement des facteurs iatrogènes (si possible)
- Traitement androgénique des hypogonadismes
- Traitement des hyperprolactinémies ...

Médicaments pro-érectiles :

- Yohimbine®(2mg) Yocoral®(5mg)
- Sildenafil : Viagra® 25 mg, 50 mg, 100 mg
- Tadalafil : Cialis® 10 mg, 20 mg
- Tadalafil : Cialis® 2,5 mg, 5 mg
- Vardenafil : Levitra® 5 mg, 10 mg, 20 mg
- Vardenafil : Levitra® 10 mg orodispersible

Traitements des dysfonctions érectiles (2)

Injections intra-caverneuses

- PgE1 : aprostadil : Caverject®, Edex® 10ug 20ug

Voie intra-urétrale, PgE1 : Muse®

Vacuum

Chirurgie vasculaire

- Fuite veineuse = hypothèse abandonnée
- Revascularisation = indications limitées

Prothèses péniennes

- semi-rigides, malléables, gonflables
- destruction des corps caverneux
- infections, dysfonctions, érosions, migrations

Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

- Sildenafil : Viagra® 25 mg, 50 mg, 100 mg
- Vardenafil : Levitra® 5 mg, 10 mg, 10mg orodisp, 20 mg
- Tadalafil : Cialis® 2,5 mg, 5mg quotidiens
- Tadalafil : Cialis® 10 mg, 20 mg -

- Mécanisme d'action : inhibent la dégradation du GMPc qui a été induit par l'effet du NO sur la cellules musculaire lisse.
- Spécificité d'action sur l'érection par la localisation penienne préférentielle de l'isoenzyme 5 et la spécificité d'action des molécules sur l'isoenzyme 5.

Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

- Sildenafil : Viagra® : demi-vie courte : 6h
- Vardenafil : Levitra® : demi-vie courte : 6h
- Tadalafil : Cialis® : demi-vie longue : 36h

- À prendre 1 heure avant les rapports
- Nécessitent une stimulation sexuelle (apport de NO)
- Contre-indication : prise de dérivés nitrés et contre-indication de l'effort physique du rapport sexuel.

Troubles de l'éjaculation et de l'orgasme

Anéjaculation / Ejaculation Rétrograde

Indication ?

Plaisir / reproduction

Études très hétérogènes dans la littérature

méta-analyses :

- Kamischke A & Nieschlag E. Treatment of retrograde ejaculation and anejaculation. Hum Reprod Update 1999;5:448-474
- Kamischke A & Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders. International Journal of Andrology 2002;25:333-344.

Étiologie des éjaculations rétrogrades et anéjacualtions		
Type	Survenue	Cause
Anatomique	Acquise	Prostatectomie (transurétrale/chirurgicale) Chirurgie du col de la vessie Sclérose du col de la vessie
	Congénitale	Abouchement ectopique des canaux éjaculateurs Incompétence du col de la vessie Sténose uretrale Extrophie vésicale et epispadias Valves uretrales posterieures
Neurogenique	Acquise	Lymphadenectomie retropéritonéale Sympathectomie lombaire Chirurgie Aorto-iliaque Chirurgie rectale Lésions médullaires Paraplégies Tetraplégies
	Neuropathie	Neuropathies diabétiques Sclérose en plaque
Toxique		Alcool Morphine Cocaine
Médicamenteuse		Alpha bloquants AntiHypertenseurs Antipsychotiques Antidépresseurs
Idiopathique (psychogénique)		

Etiologies des éjaculations rétrogrades

Méta analyse de 220 articles

Explication donnée pour l'éjaculation retrograde	Nbre de patients	%
Lymphadenectomie retropéritonéale	100	29,2
Idiopathique	68	19,9
Diabète sucré	46	13,5
Chirurgie du col de la vessie	35	10,2
Résection transurétrale de la prostate	29	8,5
Congénitale	9	2,6
Sténose urétrale	8	2,3
Traumatisme médullaire	6	1,8
Insuffisance du col de la vessie	5	1,5
Chirurgie rétropéritonéale	4	1,2
Epispadias	3	0,9
Traumatisme	3	0,9
Chirurgie génitale	1	0,3
Organique	1	0,3
Médicamenteuse (Thioridazine)	1	0,3
Kyste de la vésicule séminale	1	0,3
Inconnue	22	6,4
Total	342	100

Traitement des éjaculations rétrogrades

Traitement médical

- 50% (114/230) d'éjaculations rendues antérogrades
- 34% (30/87) de grossesses
- Pas de différence selon les étiologies (?)
(puissance faible des études)
- Médicaments :
 - Milodrin (Gutron® cp 2,5 mg, Nycomed) 5-40 mg per os
 - Milodrin (Gutron® sol 5mg/2ml, Nycomed) 5-40 mg iv
 - Imipramine (Tofranil®, Novartis) 25-75 mg/j per os
 - Chlorpheniramine+phenylpropanalamine,(Ornade®; SmithKline Beesham) 50 mg/j per os
 - Bromopheniramine (Diametane®; Robins)
- Éjaculation antérograde lors des rapports ?
- Qualité du sperme ? faire un spermogramme

Traitement des éjaculations rétrogrades

Si traitement médical + rapports sexuels insuffisant,
on peut obtenir une éjaculation antérograde par :

Traitement médical + masturbation
auto-insémination intra-vaginale
ou AMP (selon qualité du sperme)

Traitement médical + vibromasseur
auto-insémination intra-vaginale
ou AMP (selon qualité du sperme)

Traitement des éjaculations rétrogrades

Recueil des spermatozoïdes dans les urines et AMP

- Alcalinisation des urines : pH 7-8
 - NaHCO₃ (1,2 – 16 g) per os 1-3 jours précédents
 - Eau de Vichy Célestin, les 3 jours précédents
- Recueil des urines après masturbation-orgasme
- Centrifugation rapide des urines pour isolement des spermatozoïdes
- Centrifugation sur gradient de densité pour AMP
- Type d'AMP selon les caractéristiques des spermatozoïdes : Insémination intra-utérine ou ICSI

Bilan pré-thérapeutique des éjaculations rétrogrades

- Essayer Gutron ® : 2 puis 4 puis 6 puis 8 comprimés : délai d' action ?
1-4 heures avant une masturbation (dose efficace : signes d' effet
sympatomimétique, palpitation, frissons, érection pilaire)
- Boire de l' eau de Vichy Celestin (ou eau bicarbonatée) les 3 jours avant
le rendez-vous au laboratoire.
- Prendre les comprimés de Gutron ® avant le rendez-vous au laboratoire
- 1 heure avant le rendez-vous au laboratoire : vider la vessie,
- Au laboratoire, ne pas uriner, masturbation jusqu' à l' orgasme,
- Recueil éventuel du sperme : spermogramme, sélection des
spermatozoïdes sur gradient de densité
- Recueil des urines : Centrifugation, sélection des spermatozoïdes sur
gradient de densité, mesure du pH urinaire

- Congélation des spermatozoïdes (en cas d' échec de la procédure le jour
de l' AMP)

Etiologie des anéjaculations

Méta analyse de 220 articles

Explication donnée pour l'anéjaculation	Nbre de patients	%
Traumatisme médullaire	1952	85,8
Lymphadenectomie rétropéritonéale	137	6
Idiopathique	131	5,8
Diabète sucré	17	0,7
Sclerose en plaque	3	0,1
Chirurgie rectale	3	0,1
Traumatisme	2	0,1
Myelite	1	0,1
Inconnue	29	1,3
Total	2275	100

Kamischke & Nieschlag. Hum Reprod Update 1999;5:448-474

Traitement des anéjaculations

Traitement médical

- Peu efficace à lui seul pour obtenir des éjaculations antérograde permettant d'espérer une grossesse naturelle
- Médicaments :
 - Milodrin (Gutron® cp 2,5 mg, Nycomed) 5-40 mg per os
 - Milodrin (Gutron® sol 5mg/2ml, Nycomed) 5-40 mg iv
 - Physiostigmine (Anticholim ®, Köhler) 1-2 mg sous cutanée
 - Prétraitement par 20-40 mg de N-butylhyoscine bromide (Buscopan®; Boehringer Ingelheim) pour éviter la dysautonomie végétative
- Éjaculation antérograde ou rétrograde
- Qualité du sperme ? faire un spermogramme

Traitement des anéjaculations

Vibromasseur

- Peut être associée au traitement médicamenteux
- Danger de dysautonomie végétative : HTA
Céphalée,
 - Surtout quand la lésion est au dessus de C6
 - Prévention par Nifédipine ou Prazozine
- Éjaculation antérograde ou rétrograde
- Qualité du sperme ? faire un spermogramme
- Test de sélection des spermatozoïdes
- Congélation des spermatozoïdes
- Auto-insémination ou AMP (IIU ou ICSI)

Traitement des anéjaculations

Electro-éjaculation

- Peut être associée au traitement médicamenteux
- Danger de dysautonomie végétative : HTA
Céphalée,
 - Surtout quand la lésion est au dessus de C6
 - Prévention par Nifédipine ou Prazosine
- Éjaculation antérograde ou rétrograde
- Qualité du sperme ? faire un spermogramme
 - Moins bonne que par vibromasseur (rôle de la chaleur)
- Test de sélection des spermatozoïdes
- Congélation des spermatozoïdes
- Auto-insémination ou AMP (IIU ou ICSI)

Traitement des anéjaculations

Psychosexothérapie des anéjaculations psychogènes

- Anéjaculations psychogènes primaires (difficile !)
- Anéjaculation spécifique pour les spermogrammes et lors de l'AMP (stress, angoisse de performance)

Anéjaculations des déficits androgéniques

Traitement par les gonadotrophines dans les formes centrales

Traitement par des doses raisonnables d' Androgène dans les formes périphériques (éviter le freinage hypothalamo-hypophysaire) ???

Traitement des anéjaculations

Prélèvement chirurgical de spermatozoïdes

- MESA-ICSI
- TESE-ICSI

Pour toutes les méthodes : attention à la qualité des spermatozoïdes obtenus :

- Infections urinaires, génitales
- Chaleur chez les paraplégiques en fauteuil
- Stase dans les voies séminales, prévoir des éjaculations multiples avant la congélation pour AMP

Les troubles sexuels masculins responsables d'infertilité

Infertilité de couple en relation avec l'absence
d'éjaculation intra-vaginale

- Absence de pénétration :
Trouble du désir - Troubles de l'érection (et/ou vaginisme)
- Absence d'éjaculation (antérograde) :
Anéjaculation / Ejaculation Rétrograde

Indication d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) &
impossibilité de fournir un échantillon de sperme pour
l'AMP : anéjaculation anorgasmique lors du spermogramme

AMP pour troubles sexuels psychogènes ?

Mariages « non consommés »

Vaginisme

Trouble de l' érection

Troubles du désir

Anéjaculation psychogène

totale

coïtale

AMP en cas d' échec des traitements psycho-sexothérapeutiques

Retentissement sexuel de l'infertilité et de ses traitements

- Cycles induits : rapport « imposés » lors de la période de fécondité.
 - Spermogramme : obligation de résultat
 - Culpabilité d'être responsable de l'infertilité du couple
 - Ne pas « rater » le prélèvement le jour de la FIV
- Troubles de l'érection, troubles de l'éjaculation

Retentissement sexuel de l'infertilité et de ses traitements

- Troubles hormonaux / désensibilisation par analogues du GnRH
- Dyspareunie / inconfort pelvien lors des stimulation de l'ovulation

Retentissement sexuel de l'infertilité et de ses traitements

- Retentissement psychogène de l'infertilité

Rapport sexuel pour la fertilité / pour le plaisir ...

- Les rapports sont inutiles car non fécondants
- Les rapports rappellent l'infertilité, les soins, les examens, l'attente ...

► Troubles du désir sexuel des couples en AMP +++