LES DYSPAREUNIES MASCULINES

Dr Béatrice Cuzin Chirurgien urologue, Sexologue, Praticien Hospitalier
Service d'urologie et de la transplantation, Hôpital Edouard Herriot, Lyon
Cours du 12 octobre 2013

INTRODUCTION

Étymologie : gr. « *dus* » : difficulté ; « *pareunos* » : compagnon de lit

Les dyspareunies sont des douleurs pendant les rapports sexuels. Elles sont en général plus souvent rapportées chez la femme mais elles surviennent parfois chez l'homme.

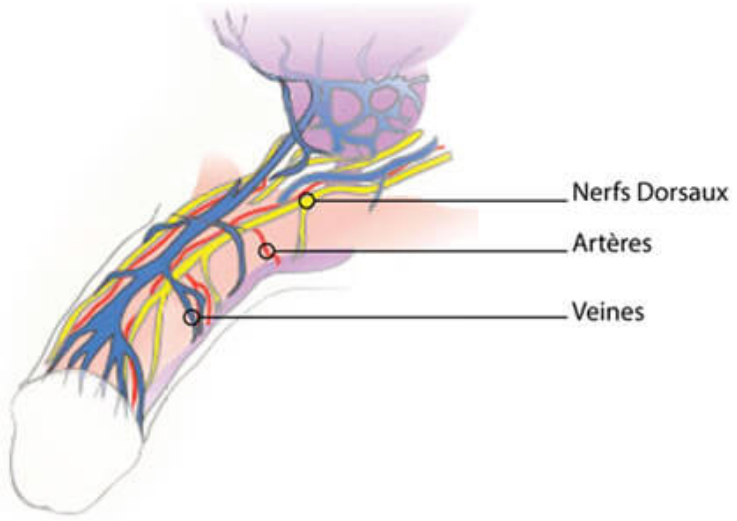
Cela reste cependant une cause assez rare de consultation.

Les dyspareunies masculines regroupent aussi bien les douleurs ressenties par l'homme que les douleurs causées chez la femme (ou le partenaire) à cause de l'homme lors des rapports sexuels.
On différenciera :

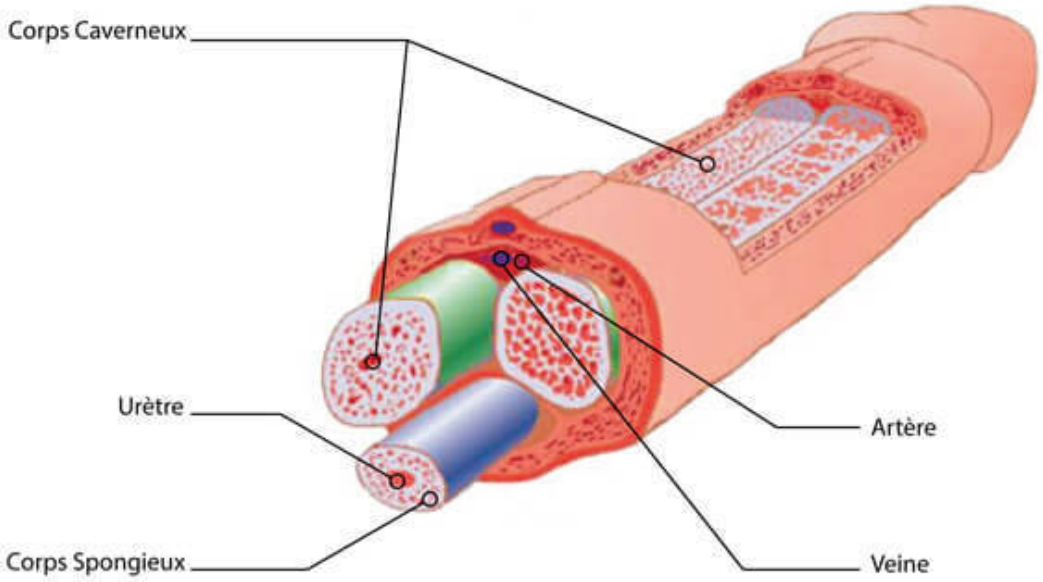
- les douleurs qui surviennent durant le rapport sexuel (et qui sont le plus souvent présent également en dehors des rapports)
- les douleurs survenant au moment de l'éjaculation

I – ÉTIOLOGIES

Rappels anatomiques



Vaisseaux et Nerfs du Pénis
Vue de Profil



Anatomie du Pénis
Coupe Transversale

1 – Les douleurs lors des rapports sexuels

C'est une cause rare de consultation.
Le plus souvent la douleur périnéale se manifestera en dehors des relations également.

1. Les anomalies du prépuce
    - Les anomalies anatomiques : frein court, paraphimosis. Il faut bien faire expliquer au patient car il peut y avoir confusion entre paraphimosis et frein court
    - Les lésions port-traumatiques : frein rompu
    - Les lésions dermatologiques : condylome, mycose, lichen ascléro-trophique
    - Les infections : balanite chronique

2. Les anomalies du gland
    - Les lésions port-traumatiques : neuropathie du gland. Le gland est innervé par le nerf dorsal de la verge ainsi que par le nerf pudendal qui est très important sur le périnée puisqu'il donnera des rameaux au corps caverneux, au col ou à la prostate et il pourra être étiré à plusieurs niveaux notamment dans les prostatites chroniques.
    - Les lésions dermatologiques : eczéma, lichen, psoriasis
    - Les infections : mycose, herpès

Psoriasis

Lichen

Eczma

Herpès

http://www.blogdunsexologue.com

3. Les anomalies de la verge
    - Les anomalies anatomiques : courbure ventrale, maladie de Lapeyronie (associé à nodule, déformation, insuffisance érectile)
    - Les lésions port-traumatiques : fracture des corps caverneux méconnu
    - Les infections : lymphangite dorsale
    - La iatrogénie : fibroses secondaires après chirurgie (implant pénien…)
    - Autres causes : tumeurs corps caverneux (rare), sclérodermie, neuropathies de la verge…

4. Au niveau des testicules
    - Les anomalies anatomiques
    - Les lésions port-traumatique : cremaster, neuropathie pudendale (si étiré au niveau du canal de haldock à cause des selles de vélo par exemple -> changer la selle du vélo), torsion de testicule (semi-urgence médico-chirurgicale)
    - Les infections : epidydimite chronique
    - Autres causes : tumeurs
    - Au niveau de la prostate
    - Les infections : prostatite chronique (non bactériennes, possiblement à la suite d'une infection virale ou d'une prostatite bactérienne aiguë qui s'est refroidie et qui a laissé une hypersensibilité résiduelle éventuellement associé à un événement psychosomatique)

5. Au niveau paroi abdominale : hernies associées

6. Les pathologie rachidienne associé : neuropathies pelviennes

7. Les pathologies psychiatriques : névroses phobiques
    - Le syndrome de culpabilité extra-conjugal : infections urinaires récidivantes à ECBU stérile avec des symptômes de cystites depuis il y a eu un d'ulcère. Il faut d'abord fière un bilan somatique puis entrer dans l'explication psychosomatique : il y a un facteur prédisposant (nature anxieuse) puis un facteur précipitant (la tromperie) et la contrariété s'est cristallisée sur une zone qui est symbolique, puis enfin une prise en charge psychologique.

2 – Les douleurs lors de l'éjaculation

Elles concernent à 1 à 9% de la population générale masculine mais sera plus importante en cas de pathologie génito-urinaire associée

- chez les patients souffrant d'hypertrophie bénigne de prostate, la fréquence des douleurs à l'éjaculation est de 17 à 26% et l'importance des douleurs éjaculatoires sera proportionnelle à la sévérité des troubles du bas appareil urinaire.
- chez les patients qui souffrent d'un syndrome douloureux pelvien chronique ou d'une prostatite chronique, 24% à 58% présenteront également des douleurs lors de l'éjaculation

- En post op. de prostatectomie radicale on aura des douleurs orgasmiques dans 14% des cas, avec la particularité que ce sont des orgasmes sans éjaculations et sans érection (Rappel : 95% de perte de l'érection en post-opératoire immédiat avec récupération en général au bout de 6 mois : Il ne faut pas le laisser décortaliser ses érections au travers les injections intra caverneuses et passer à du Cialis des que possible.)
- Enfin, les patients souffrant de syndrome douloureux pelvien chronique et de névralgie pudendale décrivent plus fréquemment des douleurs éjaculatoires, entrainant une symptomatologie plus sévère et plus durable que ceux pourtours d'un syndrome douloureux pelvien chronique seul.
- Les autres causes sont rares. On notera par exemple les anti depresseurs ISRS qui peuvent donner des obstructions lithiasiques des canaux éjaculateurs se traduisant par l'équivalent de coliques néphrétiques intra-prostatiques au moment de l'éjaculation.

3 – Les douleurs de la partenaire d'origine masculine

Les dyspareunies masculines avec douleur chez la femme d'origine masculine peuvent s'associer à une cause féminine (à rechercher systématiquement), peuvent être la cause exclusive de la dysfontion féminine, et peuvent être responsables de dyspareunies primaires ou secondaire

- Les causes comportementales
    - pas de préliminaire, éducation sexuelle macho
    - culpabilité vis-à-vis de la sexualité, absence de plaisir
    - absence de communication : sujets introvertis, inhibés
    - homosexualité
    - sexualité orientée sur la procréation (la PMA dégrade la sexualité)
    - Sexualité performance, compulsive : problème technique (se méfier du rétablissement de la sexualité dans les pathologies psychiatriques).
- Le sexe volumineux (rare) -> ne pas opérer ! conseils sexologiques (préliminaires+++, ne pas enfoncer le sexe comme un âne jusqu'à la garde etc…)
- Les dysfonction sexuelles masculines : éjaculation rapide, éjaculation retardée, normes mie, prothèses péniennes, érections instables

II – PRISE EN CHARGE

A – INTERROGATOIRE

C'est important de demander quel est le type de douleur, qu'est-ce qui l'a déclenchée et si il y a d'autres signes associés.

- Topographie de la douleur
    - Douleur verge
    - Douleur testiculaire

    - Douleurs à l'éjaculation
- Type de la douleur
- Facteurs déclenchant
- Signes associés
- Maladies associés

B – EXAMEN CLINIQUE

- Prépuce, sillon balano prépucial, méat, gland
- Verge : palpation corps caverneux
- Testicules
- Fosse inguinales, crurales, paroi abdominale
- Prostate
- Statique rachidienne

C – Examens complémentaires

En fonction de l'orientation clinique :

- écho testiculaire avec Doppler, prostate et corps caverneux
- l'IRM est exceptionnel
- EMG nerfs pelviens
- spermoculture

D – TRAITEMENTS

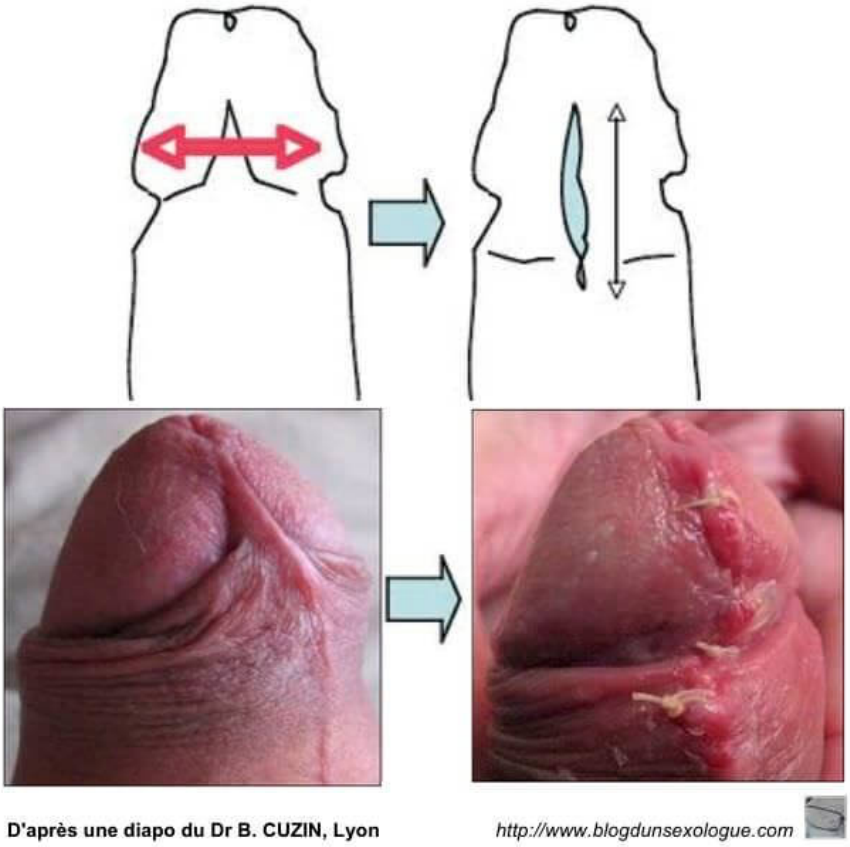
Dépendra du diagnostic :

- section du frein, circoncision, chirurgie réparatrice post traumatique
- neuropathies pelviennes : symbalta, Librax, Rivotril, Neurontin ,Laroxyl.
- Facteur mécanique : ostéopathie.
- Psychogène : psychothérapie
- facteur infectieux avec germe dans la spermoculture : antibiotiques
- Maladie de la Peyronie : traitement médical, chirurgical (maladie stabilisée), injections dans la plaque.
- Douleurs du crémaster : myorelaxants (?)

III – LES ANOMALIES ANATOMIQUES DU PREPUCE

A – Frein court

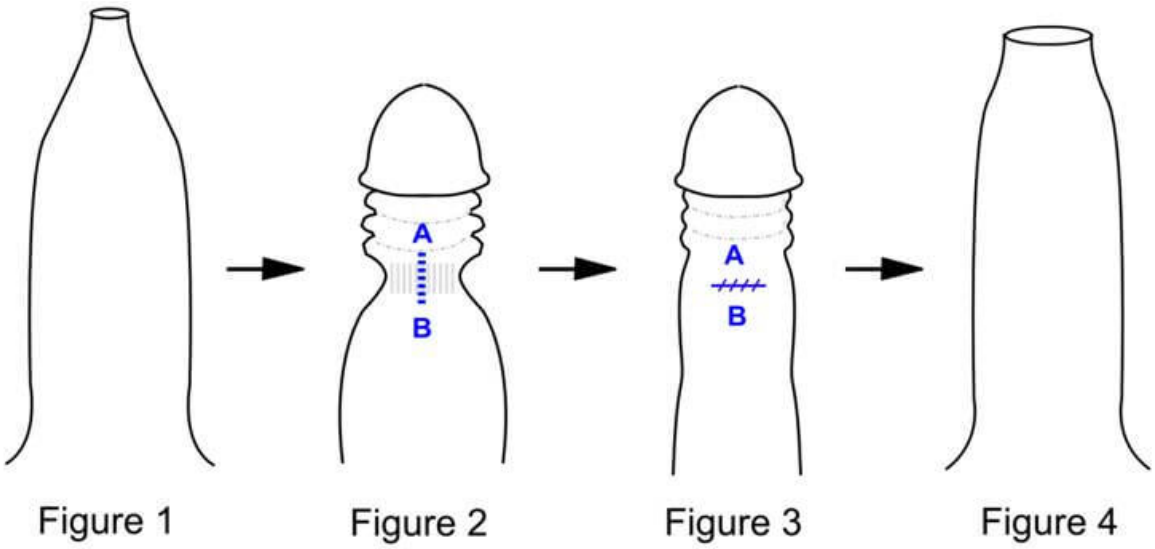
Plastie du frein : en ambulatoire après pose de pommade emla. Incisif sur le plan transversal qui va déplier la région du frein comme un drapeau puis quelques points résorbables pour l'hemostase. Ça se fait en quelques minutes en ambulatoire, ça peut être fait au cabinet du généraliste.



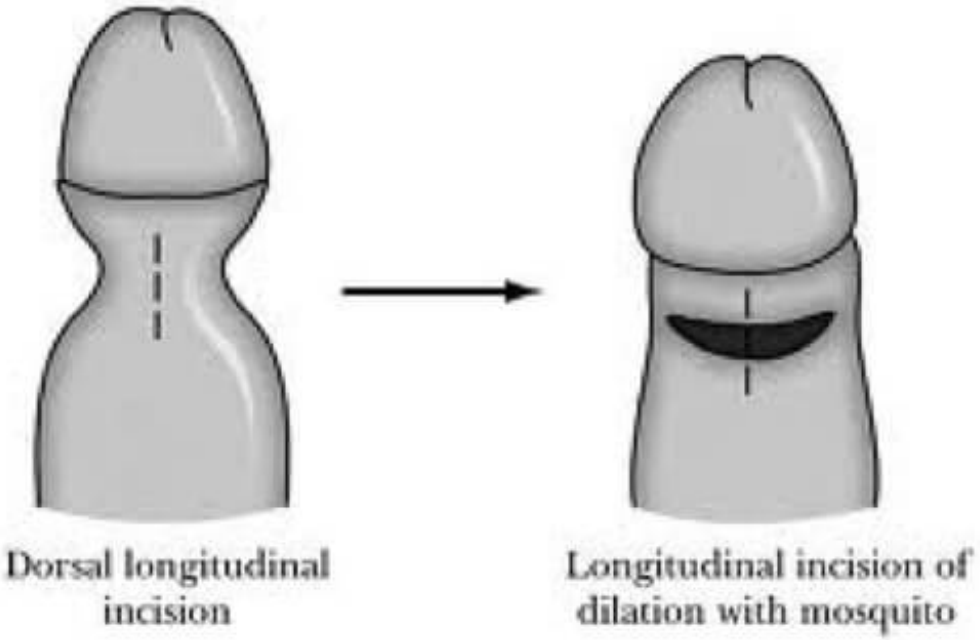
Traitement chirurgical d'un frein court par plastie du frein

B – Paraphimosis

Plastie de duhamel (si pas trop serré). Incision de l'anneau longitudinalement et allongement transversal. Bien masser la cicatrice pour etirer au maximum. La définition du paraphimosis c'est pas comme un phimosis (qu'on traite par cortisone pour éviter la circoncision) mais une personne qui se décalotte correctement au repos mais pas en érection.

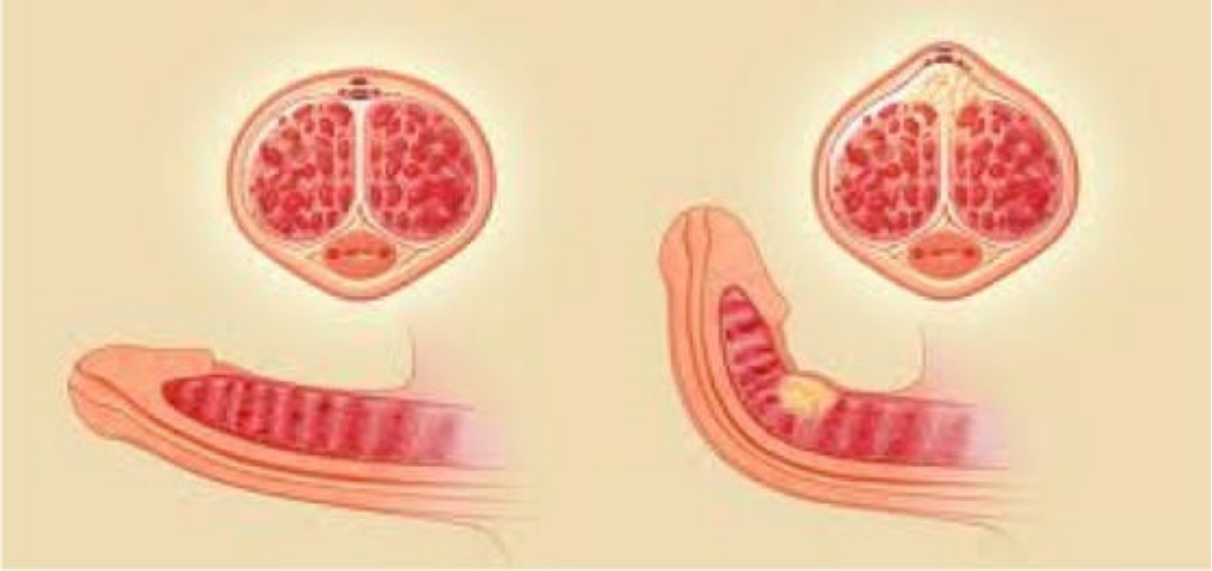


Traitement du phimosis :
Fig 1. Pénis avec un prépuce étroit rendant le décalottage difficile
Fig 2. Verge décalottée avec l'anneau fibreux du prépuce enserrant la verge
Fig 3. Incision verticale de l'anneau fibreux
Fig 4. Pénis après posthectomie.



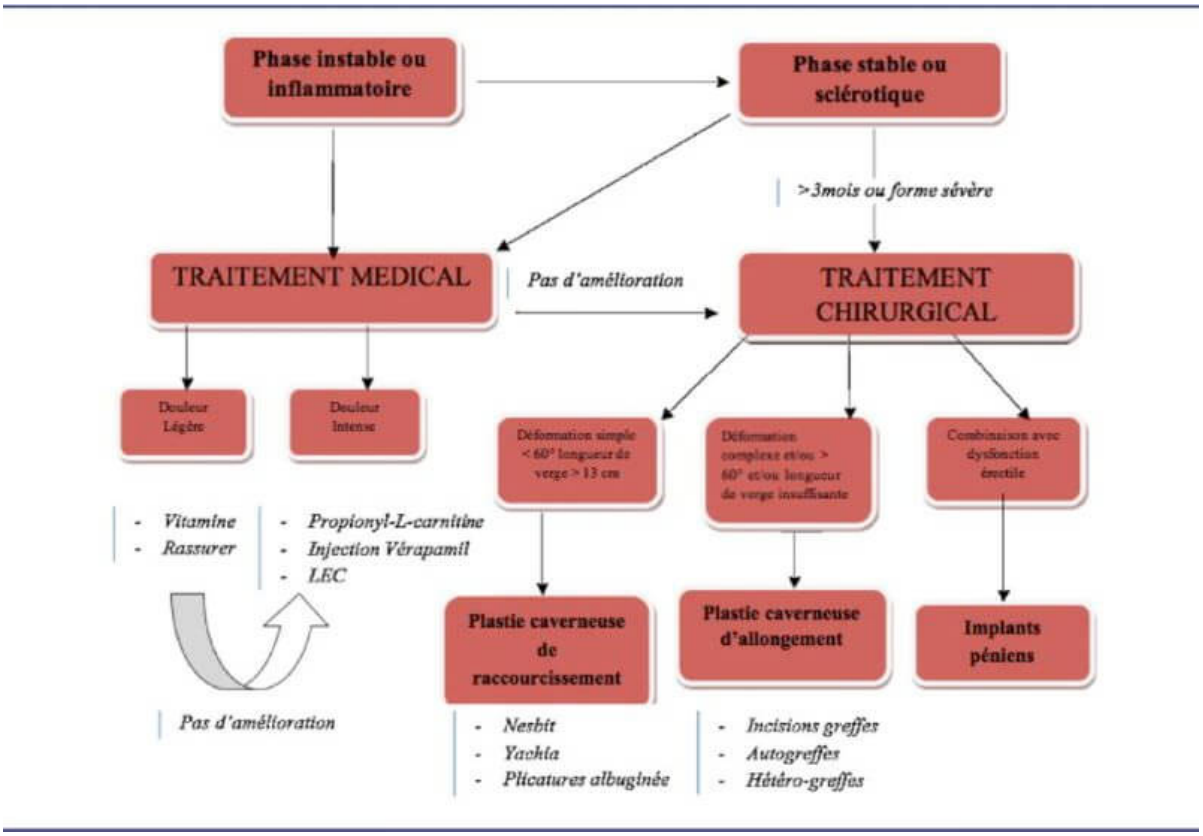
V – LA MALADIE DE LAPEYRONIE

C'est une maladie dont on ne connaît pas la physiopathologie exacte même si on sait qu'il y a une phase inflammatoire suivi d'une phase sclérotique entrainant la formation d'une plaque qui va faire dévier la verge. Des recherches récentes avancent une hypothèse immunologique.



Mécanisme physiopathologique de la Maladie de Lapeyronie avec formation d'une plaque scléreuse

Le traitement est médical en phase inflammatoire : **cortisone orale** pendant 1 mois à 20 mg/jour ou **tocco 500 et piasclédine 300** ou encore **injection de cortisone dans la plaque**



Arbre décisionnel dans le traitement de la Maladie de Lapeyronie

- Il y a un traitement qui est en train de sortir à base de collagène se pour assouplir la plaque en dégradant les fibres de collagènes et ensuite le patient va étirer sa verge dans les jours qui suivent.
- Il y a eu beaucoup d'essais de médicaments, vitamines, radiothérapie, chimie, lithotritie (ultrasons) etc mais rien ne marche.
- Il y a un certain nombres de patients qui récupèrent tous seul donc on se donne 6 mois à un an avant de décider d'un geste chirurgical et si il persiste une gène lors de la pénétration on propose une correction de la courbure (mais on ne touche pas chirurgicalement à la plaque sinon on se retrouve avec un trou dans les corps caverneux).
- De plus il y a 20 à 30% de risque de dégradation de l'érection après chirurgie.

VI – LA NEVRALGIE PUDENTALE

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques ont pour caractéristique de n'être pas visibles, elles s'expriment à travers les émotions du patient.
Ce qui est important c'est de comprendre et d'identifier le contexte pathologique ce qui permettra une reconnaissance des symptômes nécessaires à une prise en charge thérapeutique et de les replacer au sein d'une approche plus globale.
Elles ne doivent pas être considérées comme des symptômes uniquement en rapport avec une pathologie d'organe mais peuvent témoigner de dysfonctionnements de la régulation des messages douloureux du pelvis et du périnée. Souvent on aura un bilan entièrement négatif.

1 – Diagnostic clinique

Les critères diagnostics de névralgie pudentale par syndrome canalaire (critères de Nantes[1]) sont :

1. Critères indispensables au diagnostic de névralgie pudentale :
    - Douleur située dans le territoire du nerf pudental (de l'anus à la verge/clitoris)
    - Douleur prédominant en position assise
    - Douleur ne réveillant habituellement pas la nuit
    - Absence de déficit sensitif objectif
    - Bloc diagnostic du nerf pudental positif (sous réserve d'une technique irréprochable)
2. Critères complémentaires au diagnostic
    - Sensation des brulures, décharges électriques, tiraillement, engourdissement
    - Sensation de corps étranger endocavitaire (« sympathalgie » rectale ou vaginale)
    - Aggravation de la douleur au cours de la journée
    - Douleur à prédominance unilatérale
    - Douleurs disparaissant après la défécation
    - Présence d'une douleur exquise à la palpation de l'épine sciatique
    - Données de l'électroneuromyogramme
3. Critères d'exclusion
    - Douleurs uniquement coccygiennes, fessières, pubienne ou hypogastrique

    - Prurit
    - Douleurs uniquement paroxystiques
    - Anomalies d'imagerie pouvant expliquer la douleur
4. Signes associés n'excluant pas le diagnostic
    - Irradiation fessiers ou au membre inférieur, notamment en position assise
    - Douleur sus-pubienne
    - Pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical
    - Douleurs apparaissant après l'éjaculation
    - Dyspareunie et/ou douleurs après les rapports sexuels
    - Troubles de l'érection
    - Normalité de l'ENMG

2 – Physiopathologie

- C'est un diagnostic d'exclusion.
- En médecine quand on ne trouve pas on dit « c'est dans la tête » mais c'est quelque chose qu'il ne faut jamais dire à un patient car c'est culpabilisant.
- En fait il y a une cristallisation qui se fait sur une **fragilisation pré-existante** et qui se traduit par une hypersensibilisation.
- Cette chronicité de la douleur induit des **phénomènes d'hypersensibilisation** qui ont des mécanismes physiopathologiques communs à d'autres maladies douloureuses chroniques comme le syndrome douloureux régional complexe et la fibromyalgie.
- De plus, la lésion initiale peut avoir disparue ou être située ailleurs, en dehors de la sphère urologique (douleurs projetées).
- Ce qu'il faut rechercher dans ces douleurs chroniques ce sont les abus sexuels.

CONCLUSION

- Les dyspareunies sont un problème de **couple**
- L'interrogatoire doit être **policier**
- Il faut être **systématique** : plusieurs causes peuvent exister !

BIBLIOGRAPHIE

1. Approche globale des douleurs pelvipérinéales chroniques : du concept de douleur d'organe à celui de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur viscérale ; J.-J. Labat, T. Riant, D. Delavierre, L. Sibert, A. Watier, J. Rigaud ; Progrès en urologie (2010) 20, 1027—1034
2. La relation médecin–malade dans les douleurs pelvipérinéales chroniques ; J.-J. Labat, M. Bensignor, M. Boutet, D. Delavierre, L. Sibert, J. Rigaud ; Progrès en Urologie Volume 20, Issue 12, November 2010, Pages 911–916 ; Rapport AFU 2010. Douleurs pelvipérinéales chroniques en urologie : mieux comprendre pour mieux traiter
3. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships.Arch Sex Behav. 2003 Jun;32(3):193-208.
4. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum vwomen.J Sex Res. 2002 May;39(2):94-103.

5. Dunn KM, Jordan K, Croft PR, Assendelft WJ. Systematic review of sexual problems: epidemiology and methodology. J Sex Marital Ther. 2002 Oct-Dec;28(5):399-422. Review.
6. Perelman MA. FSD partner issues: expanding sex therapy with sildenafil. J Sex Marital Ther. 2002;28 Suppl 1:195-204.
7. Montorsi F. vThe impact of female sexual dysfunction in the evaluation and management of the impotent patient. J Sex Marital Ther. 2001 Mar-Apr;27(2):183-5. No abstract available.
8. Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples.Indian J Med Sci. 2000 Jan;54(1):1-7.
9. Aynaud O, Piron D, Casanova JM. vIncidence of preputial lichen sclerosus in adults: histologic study of circumcision specimens. J Am Acad Dermatol. 1999 Dec;41(6):923-6.
10. Shechet J, Tanenbaum B, Fried SM. Male dyspareunia in the uncircumcised patient. Am Fam Physician. 1999 Jul;60(1):54, 56. No abstract available.
11. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and Physical problems in men and women: a cross sectional population survey.J Epidemiol Community Health. 1999 Mar;53(3):144-8.
12. Reissing ED, Binik YM, Khalife S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. J Nerv Ment Dis. 1999 May;187(5):261-74. Review.
13. Dahlman-Ghozlan K, Hedblad MA, von Krogh G. Penile lichen sclerosus et atrophicus treated with clobetasol Dipropionate 0.05% cream: a retrospective clinical and histopathological study. J Am Acad Dermatol. 1999 Mar;40(3):451-7.
14. Strand A, Rylander E. Human papillomavirus. Subclinical and atypical manifestations. Dermatol Clin. 1998 Oct;16(4):817-22.
15. Rosser BR, Short BJ, Thurmes PJ, Coleman E. Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: a validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men. J Sex Marital Ther. 1998 Oct-Dec;24(4):281-92.