Département de Gynécologie et d'Obstétrique

COURS BLOC POUR CANDIDATS AU TITRE FMH EN GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE Samedi 13 avril 2013

Auditoire de la Maternité—30 bd. de la Cluse—1205 Genève

COURS BLOC DE GYNECOLOGIE PSYCHOSOMATIQUE GYNECOLOGIE ET MEDECINE SEXUELLE

Organisation : Dr F. Bianchi-Demicheli, Dre M. Epiney, Dre T. Jauch Klein Département de gynécologie et d'obstétrique—HUG—Genève

Programme:

09h30-10h00	Accueil (paiement sur place)	Secrétariat
10h00-10h15	Introduction	Dr F. Bianchi-Demicheli , Médecin adjoint Dre M. Epiney , Médecin adjointe Département de gynécologie et d'obstétrique
10h15-10h55	Concepts de base et principes de la médecine sexuelle.	Dr F. Bianchi-Demicheli, Médecin adjoint Département de gynécologie et d'obstétrique
10h55-11h35	Sexualité et cancers gynécologiques	Dre T. Jauch Klein, cheffe de clinique Département de gynécologie et d'obstétrique
11h35-11h50	Pause	
11h50–12h30	Utilisation de la physiothérapie périnéale en sexologie clinique	Mme M. Boussina, Physiothérapeute FSP
12h30-13h00	Troubles endocriniens et fonction sexuelle	Dr P. Meyer, Médecin associé Spécialiste endocrinologie-diabétologie Unité d'endocrinologie, HUG
13h00-14h15	Repas	
14h15-14h55	Petit traité imagé de gynécologie irrévérencieuse	Dre E. Laplane, Gynécologue–obstétricien—Marseille Dr M. Serfaty, Gynécologue–obstétricien—Aix en Provence

Atelier 1—14h55-16h15ouAtelier 2: 14h55- 16h15Dysparéunie et vaginismeEvaluation sexologique

Dr. T. Jauch Klein et Mme M. Boussina Dr. F. Bianchi-Demicheli et Dre M. Epiney

Le choix pour l'atelier 1 ou 2 se fait lors de l'inscription

16h15-16h30 Discussion/Bilan

16h30 Fin Crédits SSGO : 5 points

Pour information et inscription: 022 /382 42 03 E-mail: Chantal.Gazzola-Manfrini@hcuge.ch http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/_library/congres_conferences.html



Gynécologie et médecine sexuelle

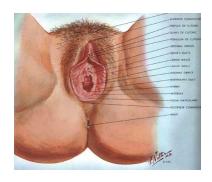
Cours bloc de gynécologie psychosomatique HUG, 13.4.2013

Dr F. Bianchi-Demicheli Dr M. Epiney Dr T. Jauch Klein

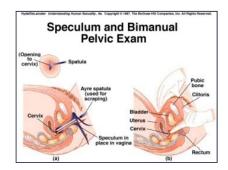


Le gynécologue

- Spécialiste de l'appareil génital
 - Les modifications physiques et corporelles
 - Le cycle hormonal
 - Les pathologies somatiques







Le gynécologue

« Après l'interrogatoire, l'examen, après les mots, les regards et les gestes. C'est son intimité, celle que éducation et société lui ont appris à cacher et à préserver que nous allons demander à notre patiente de dévoiler. Aussi devons-nous ne jamais oublier que rien n'est banal pour la patiente étendue demie-nue et jambes écartées sur la table » Lachowsky, 2000

- Sexuel
- Sexualité
- Intimité

Vie affective, sexuelle et relationnelle

Que connait le gynéco?

- Peu d'intérêt pour l'évaluation de la sexualité des femmes?
- Pas d'idées ou beaucoup d'idées reçues
- Manque de connaissances de base
- Gêne
- Gérer la distance affective
- Le/la / les partenaire (s)

Raisons pour évaluer

- Troubles sexuels fréquents
 - impacts majeurs
 - traitements existent
- Beaucoup de difficultés sexuelles résolues par l'information, démystification
 - anxiolyse
- Comorbidités somatiques et psychiatriques fréquentes, « symptôme sentinelle » utile pour le dépistage

Faut-il aborder le sujet ?

Quand?

- Déjà tant de choses à discuter
 - Oui mais la sexualité est une préoccupation fondamentale et c'est un cycle de vie donc potentielle crise
- Attendre que la femme aborde le sujet d'elle-même ?
 - Non, elle n'osera généralement pas (mais le faire avec tact et voir si la patiente en parle indirectement)

Comment?

- Ce n'est pas mon rôle: je ne suis pas sexothérapeute
 - · On n'est pas dans la pathologie! C'est de l'information.
- Mes représentations de la sexualité
 - Faire un travail « sur soi », s'interroger

Des maux pour le dire... Des mots pour le dire...

- Désir
- Plaisir
- Absence
- Douleur
- Dysfonction sexuelle
- Identité sexuelle

- Différentes étapes de leur vie
 - Devenir femme
 - Contraception
 - Infertilité
 - PMA
 - Grossesse, post partum
 - Ménopause
 - Cancers

Sexualité et cancers gynécologiques

Cours bloc de gynécologie psychosomatique Gynécologie et médecine sexuelle 13 avril 2013

Tamara Jauch Klein Gynécologie-Obstétrique HUG



Plan

- Introduction
- Sexualité féminine
- Cancers gynécologiques
 - Cancer de la vulve
 - Cancer du col utérin
 - Cancer de l'endomètre
 - Cancer de l'ovaire
 - Cancer du sein
- Conclusions

Introduction

- Sexualité et gynécologie: un rapport évident?
- Association maladie chroniques / problèmes sexuels, svt sous-diagnostiqués
- Traiter la maladie en premier plan, sexualité paraît secondaire
- Thème peu abordé par médecins
- Patientes souhaitent en parler

Sexualité féminine

- Débats sur sexualité féminine
- Selon littérature: 40 % DS!

Shifren et al, Obstet Gynecol 2008

- Problème de définition ou réelles DS ?
- Modèle historique Masters & Johnson (1966)
- Modèle circulaire de Basson (2001)

Sexualité féminine selon Basson

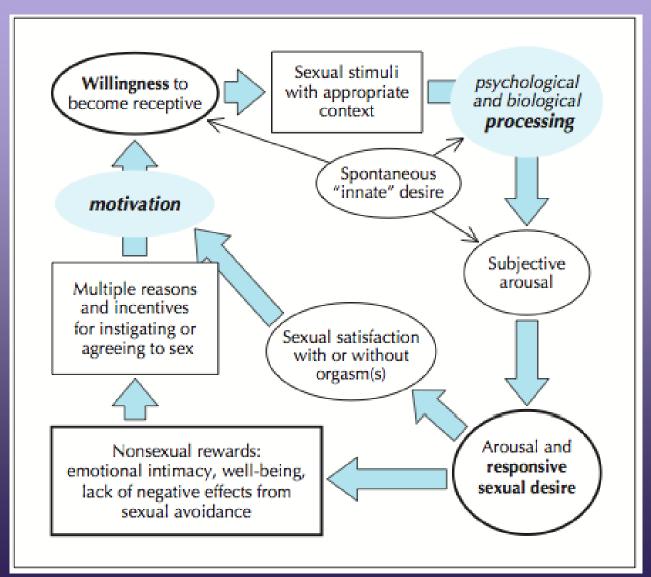
Le désir:

- Peut être spontané (nouvelle relation, lié cycle...)
- De type réponse
- Lié à besoin intimité
- Influencé par multiples facteurs (relations, état psychique, expériences vécues, estime de soi, traitements médicaux,...)

Sexualité féminine selon Basson

- L'excitation sexuelle:
 - Faible corrélation entre excitation subjective et réactions physiologiques génitales
 - Peut précéder l'apparition du désir
- L'orgasme:
 - Satisfaction sexuelle est possible, même sans orgasme

Modèle circulaire



Cancers gynécologiques et sexualité

- Impact psychologique (perte organe lié à féminité/fécondité)
- Impact somatique (modification ou destruction zones liées à réponse sexuelle)
- Impact hormonal (ovariectomie)

Cancer du sein



- Cancer le plus fréquent chez la femme jeune
- 1 femme sur 8
- En augmentation chez femme jeune
- Traitements chirurgical-chimiothérapeutiqueradiothérapeutique-hormonal
- Amélioration traitements, meilleur taux survie
- Qualité de vie post-traitement primordiale

Impact sur la sexualité



- Impact physique:
 - Perte sensibilité seins
 - Sécheresse vaginale, dyspareunie
 - Fatigue
 - Diminution libido, orgasme, excitation, plaisir
 - Risque dysfonction plus important si chimiothérapie, surtout si induction MP

Gilbert et al, rev. Maturitas, 2010

Impact sur la sexualité



- Impact psychologique:
 - Perte fertilité
 - Mauvaise image corporelle
 - Diminution sentiment féminité
 - Dépression
 - Anxiété
- Prédicteur important santé sexuelle: qualité relation avec partenaire

Gilbert et al, rev. Maturitas, 2010

Possibilités thérapeutiques



- Sécheresse vaginale
 - Gel hydratant
 - Lubrifiant pour RS
 - Se Eostrogénothérapie locale (CAVE: CI si inhibiteurs de l'aromatase)
- Amélioration confort
 - Bouffées chaleur: phytothérapie, Efexor®, Neurontin®
 - Arthralgies (IA +): antalgie, acupuncture, exercice
- Soutien, groupes parole, ligue cancer,...

Exemple clinique



- Patiente 65 ans, traitée il y a 7 ans pour cancer du sein. Consult sexologique.
- Diminution libido, dyspareunie. RS 4-5 x/an
- Jamais eu bcp de plaisir pour RS, dysfonction pré-existante.
- Depuis le cancer, « excuse » pour diminuer les RS…
- Distance progressive dans le couple, perte intimité émotionnelle... Souffrance...

Cancer de la vulve



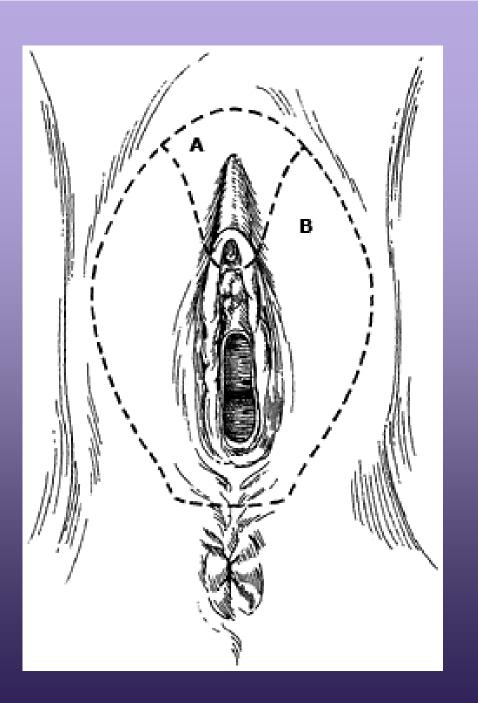
- 4 % des cancers gynécologiques
- Age: 40-60 ans / 70 ans
- Facteurs de risque:
 - HPV, VIN, immunosupression, lichen scléroatrophique, tabac, partenaires multiples
- Clinique: lésion vulvaire, prurit, brûlure, saignements, dyspareunie superficielle

GRSSGO, 2010

Traitement



- Dépendant du stade
- Excision locale stade précoce
- Excision large (ttt de choix)
- Vulvectomie simple ou élargie (petites et grandes lèvres, clitoris)
- Curage inguinal+/- curage fémoral
- +/- radiochimiothérapie
- Chirurgie mutilante, morbidité importante (infections, déhiscence, hématomes, TVP, incontinence,...)





Impact chirurgical



- Atteinte importante image corporelle
- Destructions structures fonctionnelles
- Atteinte fonction sexuelle (peu études)

 - Satisfaction liée plus à l'intimité qu'à l'excitation sexuelle en soi Weijmar Schultz et al, Cancer. 1990

Impact chirurgical



- Impact de la clitoridectomie:
 - Peu documenté
 - Etudes chez patientes MSF:
 - Orgasme possible, rapporté chez 86 % patientes
 - Meilleur score FSFI chez patientes infibulées par rapport à groupe contrôle!
 - Conclusion: ces femmes ont aussi droit à une thérapie sexuelle si besoin...

Catania et al, J Sex Med, 2007





- 4-6 % des cancers gynécologiques
- 20-30 % dans pays en voie de développement
- Age: 2 pics 35-39 ans et 60-64 ans
- Facteurs de risque: HPV, multiparité, immunodéficience, RS précoces, partenaires multiples, tabac, IST
- Clinique:
 - Svt asymptomatique
 - Saignements (post-coïtaux)
 - Pertes fétides

Traitement



- Dépendant du stade
- Conisation (si désir grossesse) ou hystérectomie simple pour stade précoce (IA1)
- Tumeur limitée au col ≤ 2 cm: trachélectomie élargie possible, si désir de grossesse
- Tumeur ≤ 4 cm, limitée au col et/ou partie distale du vagin: Hystérectomie élargie et lymphadénectomie
- Au-delà: lymphadénectomie, radiochimiothérapie
- Important éviter 2 traitements radicaux: combinaison chirurgicale et radiochimothérapie

Impact du diagnostic



- ♣ Anomalie frottis → colposcopie
 - 50% pensent avoir un cancer... anxiété...
 - Anxiété influence fonction sexuelle
 - Etude longitudinale sur 2 ans après colpo ou coni
 - Dim. intérêt sexe, dim fréquence RS
 - Pas de différence si conisation ou non
 - Si forte anxiété, plus prob sex. (dyspareunie)
 - ♦ → Importance discuter sexualité

Hellsten et al, BJOG, 2008

Hystérectomie simple



- Hystérectomie simple, cas NON oncologiques:
 - Amélioration QOL, amélioration fonction sexuelle (étude prospective)

Rhodes et al, JAMA, 1999

Avancement âge ménopause (env. 4 ans)

Farquhar et al, BJOG, 2005

- Totale ou subtotale?
 - Pas de différence fonction sexuelle, urinaire ou intestinale

Lethaby, Cochrane Database Syst Rev, 2012

Hystérectomie élargie



- Excision utérus, paramètres (ligaments), 1/3 sup vagin +/- lymphadénectomie
- Dissection uretère, vessie, rectum
- Complications:
 - Raccourcissement vagin
 - Atteinte système nerveux autonome
 - Atteinte vésicale 70-85 % patientes à 12 mois !
 - Atteinte anale
 - Lymphoedème MI

Impact sur sexualité



- Etudes controversées
- Analyse fonction sexuelle difficile
- Quantité versus qualité...
- Revue de la littérature:
 - QOL (physique, psy, sex) diminuée après cancer col
 - Plus effet délétère radiothérapie que chir seule
 - Questionnaires utilisés svt non validés...

Vistad et al, rev. Gynecol Oncol, 2006

Impact sur la sexualité



- Changements vaginaux après ttt cancer col:
 - Lubrification diminuée
 - Longueur vaginale diminuée
 - Elasticité vaginale diminuée
 - Pas de différence fréquence RS ou plaisir
 - Intérêt sexuel indépendant âge

Bergmark et al, N Eng J Med, 1999

Cancer col utérin

- Jeune patiente de 30 ans traitée par trachélectomie pour un cancer du col utérin.
- Difficultés sexuelles post-opératoire:
 N'arrive plus à atteindre l'orgasme.
- Après notre entretien, elle comprend mieux l'intervention subie. Elle découvre que le plaisir n'est pas lié à la présence du col, ce dont elle était persuadée.
- Elle est très rassurée et me confie qu'elle a d'ailleurs eu récemment un orgasme après auto-stimulation...

Cancer de l'endomètre



- 2ème rang cancers gynécologiques
- Age: 70 ans, mais 20-25 % pré ou péri-MP
- Facteurs de risque: Hyperoestrogénisme, obésité, Tamoxifène, HNPCC, HTA, DM type II
- Clinique: Métrorragies, pyométrie, cellules endométriales sur PAP

GRSSGO, 2010

Traitement



- Chirurgical surtout
- Dépendant du stade
- Hystérectomie, annexectomie +/- lymphadénectomie
- Traitement adjuvant radiothérapie et/ou chimiothérapie selon stade et grade histologique

Impact sur la sexualité



- Nécessite annexectomie, même patientes pré-MP
- Ttt adjuvant radiothérapie augmente complications fonctionnelles (incontinence urinaire et fécale), aussi très long terme

Nout et al, J Clin Oncol, 2011

- Radiothérapie pelvienne plus délétère que curiethérapie
- Ttt préservant fertilité possible si stade précoce (progestatifs)

Exemple



Patiente de 38 ans, 2 enfants, adénocarcinome de l'endomètre. Après les explications reçues concernant un traitement de son cancer par une hystérectomie, la patiente se met à pleurer et demande comment elle va faire avec son mari... La gynécologue comprend que la patiente craint de ne plus pouvoir avoir de rapports sexuels après l'intervention...

Cancer de l'ovaire



- 3ème rang cancers gynécologiques
- Age: 60-80 ans, 15 % avant 50 ans
- Facteurs de risque: hérédité, nulliparité, puberté précoce, MP tardive
- Clinique: non spécifique, pesanteur pelvienne, douleurs abdominales, perte ou prise de poids, augmentation circonférence abdominale

GRSSGO, 2010

Traitement



- Stade I (limité aux ovaires): Chirurgie (Hystérectomie et annexectomie, omentectomie, biopsies +/- app, lymphadénectomie). Laparotomie médiane. +/- chimiothérapie selon stade et grade.
- Si stade précoce, chirurgie conservatrice fertilité possible.
- Stades avancés: chimio néoadjuvante puis chirurgie maximaliste (si possible). But: Résidu tumoral nul

Ovariectomie prophylactique



- Avant hystérectomie chez patiente péri-MP: « Alors ma petite dame, que fait-on avec les ovaires? »
- Rôle controversé production ov. Testostérone
- Bénéfice apport exogène testostérone ?
- Bénéfice démontré apport oestrogènes
- Impact nég ovariectomie sur sexualité (ét. Rétrosp.)
- Selon ét prospective (péri-MP): pas impact nég
- Bien-être relationnel plus important que hormones

Aziz et al. Fertil Steril, 2005

Impact sur la sexualité



- Ttt chir agressif, svt associé chimio
- Effets liés à déprivation oestrogènes (augm. inconfort)
- Dim. désir sexuel
- Dim. Fréquence activité sex → dim. intimité couple

Carmack Taylor et al, J Clin Oncol, 2004

Peur récidive → détresse → effet sur fct sex.

Exemple



Patiente de 50 ans, péri-ménopausée, cancer de

l'ovaire stade III. Souci majeur concernant

dyspareunie superficielle... A peur de ne pas

réussir à satisfaire son mari... Peur de la perte de

leur intimité... de la perte de leur couple ?

Préserver la sexualité

Chirurgie moins délabrante possible



- Eviter cumuler chirurgie et radiothérapie si poss.
- Dilatateurs vaginaux après radiothérapie
- Favoriser nouvelles techniques chirurgicales
- Préserver les ovaires lorsque possible
- Chirurgie préservant fertilité si désir grossesse
 et stade le permettant (col, endomètre, ovaire..)

Quelques pistes...

- Aborder la sexualité avant l'intervention
 - Dépister difficultés pré-op.
 - Avertir la patiente des conséquences du traitement
- Aborder la sexualité lors du suivi
- Demander la permission...
- Discuter avec le couple
- Evaluer contexte psycho-social (stress, dépression, intimité partenaire,...)
- Ne pas juger (pratiques sexuelles, âge,...)

Take Home message

- Une chirurgie mutilante peut être compatible avec une vie sexuelle épanouie
- Aborder la sexualité avant et après traitement
- Aborder la perte versus conservation fertilité
- Informer des particularités de la sexualité féminine
- Respecter la patiente, écoute empathique, sans jugement
- Travailler en réseau (physio, sexologues,..)



Utilisation de la physiothérapie périnéale en sexologie clinique

Cours bloc de gynécologie psychosomatique Gynécologie et médecine sexuelle

Maja Boussina
Physiothérapeute ASP / ASPUG
Sexologue SSS
13 avril 2013

Présentation

- Définition
- Motifs de consultations
- Prise en charge
- Cas cliniques et traitements
- Résumé des traitements
- conclusions

Définition

- Physiothérapie périnéale
 Rééducation des troubles sphinctériens
 - En proctologie
 - En urologie
 - En gynécologie

Rééducation du postpartum

- Simple
- Complexe

Motifs de consultations en « physiosexologie »

- Dyspareunies
- Vulvodynies
- Vaginismes
- Anorgasmies
- Troubles du désir

- Anamnèse sexologique
 - Rapports sexuels
 - Fréquence sexuelle
 - Désir sexuel
 - Excitation sexuelle
 - Plaisir sexuel/orgasme
 - Masturbation
 - Imaginaire érotique

- Anamnèse sexologique
 - Premier rapport sexuel
 - Peur/phobie
 - Vaginisme
 - Douleurs
 - Troubles de l'image corporelle
 - Couple
 - Histoire personnelle
 - Contexte socio-culturel

- Examen clinique
 - Observation
 - Aspect général
 - Contraction/poussée
 - Déviation
 - Ptose
 - cicatrices

- Examen clinique
 - Toucher vaginal
 - Contraction volontaire du périnée
 - Poussée défécatoire
 - Palpations
 - Douleurs
 - Testing musculaire

- Femme, 36 ans, IIG IIP (2 enfants rapprochés)
- Dernier AVB traumatique avec forceps et déchirure stade IV

Conséquences:

- Dyspareunie superficielle et profonde
- IA pendant les RS

- Prise en charge clinique
 - 2 séances/ semaine pendant 5 semaines
- Étirements / massage du plancher pelvien par voie vaginale
- Soutien sexologique
- Renforcement musculaire du périnée par voie rectale
- Rééducation à la défécation

- Evolution post-traitement:
 - Disparition des dyspareunies
 - Qualité de vie sexuelle améliorée
 - Amélioration de son IA

- Jeune femme de 18 ans, nulligeste en couple depuis 6 mois
- Dyspareunies superficielles depuis 2 mois
- « vaginisme »
- Conséquences:
 - Impossibilité d'avoir des RS avec pénétration
 - Trouble du désir
 - Trouble du plaisir
 - Perte de confiance

Prise en charge clinique

I séance de I heure, puis 2 séances / semaine pdt 4 semaines I consultation de couple

- Evaluation sexologique
- Examen clinique
- Etirements / massage du périnée
- Conseils sexologiques
- Exercices à domicile

- Evolution post-traitement
 - Dyspareunies diminuées
 - RS avec pénétration possible et désirée
 - Restauration de sa confiance en elle et dans son couple
 - Meilleure communication avec le partenaire

- Jeune femme de 24 ans, nullipare, en couple depuis 2 ans
- Anorgasmie primaire
- Conséquences :
 - Crise de couple
 - Perte de confiance / déprime / frustration

Prise en charge clinique

2 séances de l'heure, l'séance avec le partenaire, 2 séances d' 1/2 heure

- Evaluation sexologique
- Examen clinique
- Enseignement anatomique et sexologique
- Recadrage cognitif
- Exercices à domicile
- Exercices avec le partenaire

- Evolution post-traitement
 - Découverte par la masturbation d'un orgasme clitoridien
 - Meilleure communication avec le partenaire
 - En pleine évolution personnelle tant sur le plan sexuel que relationnel

Résumé des traitements techniques manuelles

- Etirements / contractions musculaires
- Travail de la poussée défécatoire
- Massages
- Drainages
- Techniques spécifique ostéo-ligamentaire

Résumé des traitements prise en charge sexologique

- Entretiens :
 - Individuels
 - En couple
- Informations:
 - Anatomie
 - Physiologie sexuelle
 - Utilisations d'aides diverses (emla, lubrifiant)

Résumé des traitements prise en charge sexologique

- Exercices à domicile:
 - Masturbation
 - Bascule du bassin
 - Utilisation de sextoys
 - Poussée / Ouverture du périnée
 - Exercices avec le partenaire
 - Stimulation de l'imaginaire érotique

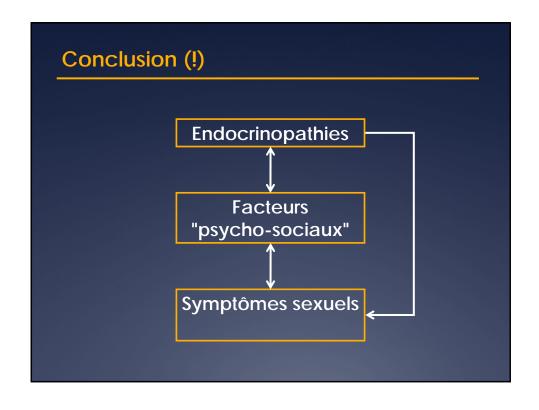
La prescription

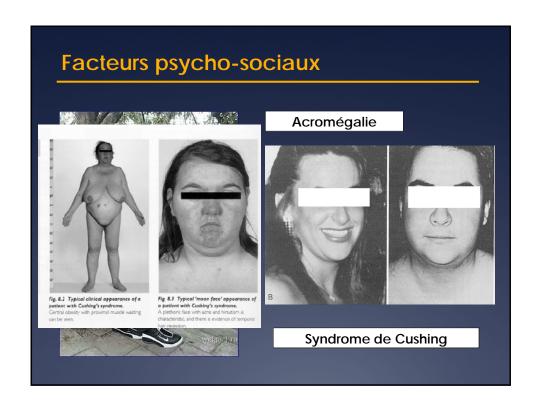
- 9 séances de physiothérapie du plancher pelvien +matériel
 - Traitement complexe
 - Nb: possibilité de renouveler le bon

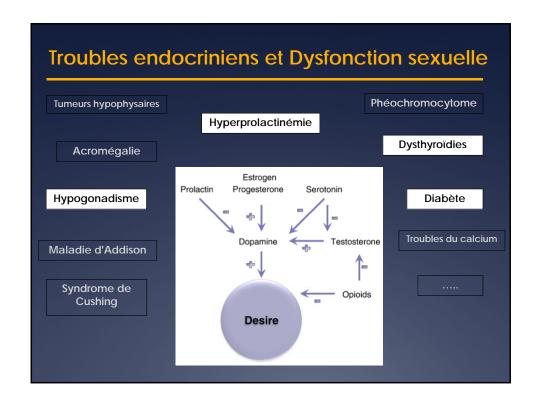
conclusions

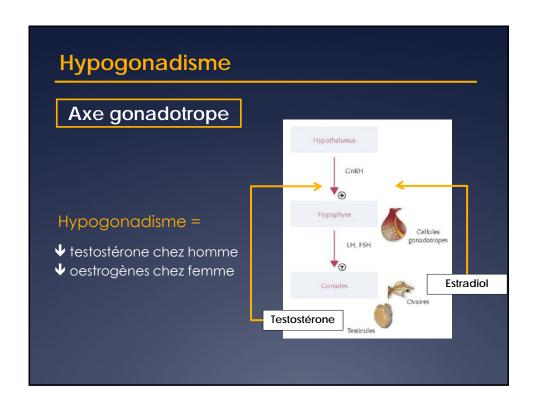
- On ne peut pas dissocier la génitalité de la sexualité
- Tous troubles gynécologiques auront forcément un impact sur la sexualité de la patiente mais aussi sur celle de son partenaire
- Il est important de pouvoir offrir si besoin un espace de discussion au couple

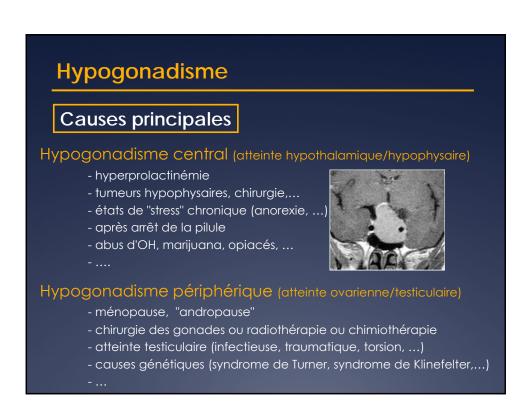




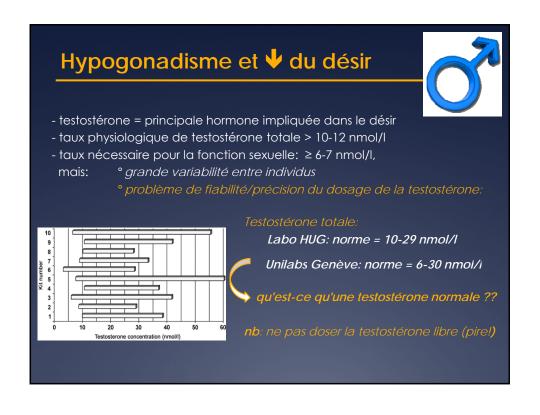








Hypogonadisme Clinique - aménorrhée - infertilité - bouffées de chaleur - sécheresse vaginale - ... - ♥ libido - dysfonction érectile (érections nocturnes, spontanées) - ♥ pilosité - infertilité - • masse et force musculaires - atrophie testiculaire - gynécomastie





Bénéfice d'une substitution en testostérone

- ° démontré chez les sujets avec hypogonadisme
- ° limité chez les sujets eugonadiques (+ risque d'effets II ?)



place d'un traitement de testostérone uniquement chez les sujets symptomatiques avec un taux de testostérone bas

nb: pas de bénéfice de la DHEA!!

Hypogonadisme et ♥ du désir



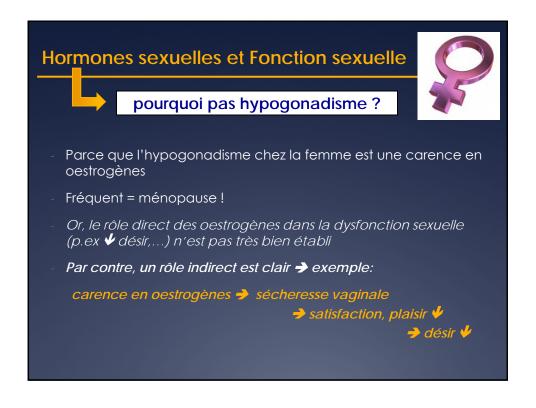
Traitement

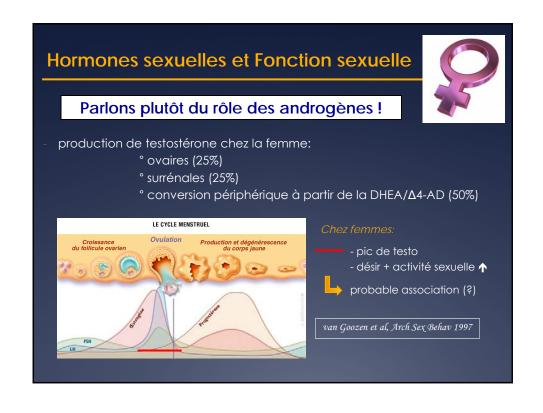
- Si testostérone totale < 7 nmol/l → traitement recommandé:

Nébido®: 1000 mg i.m toutes les 12 semaines (alternative: Testogel®)

- bénéfice sur: désir, fonction érectile
 - éjaculation, orgasme, ...
- Si testostérone totale 7-12 nmol/l → en principe pas de traitement (mais discuter de cas en cas un essai sur 6-12 mois)
- Si testostérone totale > 12 nmol/l → pas de traitement (car pas de déficit!)

En cas de traitement par testostérone: surveiller la prostate (PSA), l'hématocrite..





Testostérone et Fonction sexuelle



- utilité d'étudier les femmes avec maladies entraînant un taux effondré de testostérone (utile pour comprendre, mais rare !!):
 - après ovariectomie bilatérale
 - après chimiothérapie/radiothérapie pelvienne
 - après surrénalectomie bilatérale ou insuffisance surrénalienne



par contre, chez femmes en bonne santé: résultats contradictoires concernant l'association:

taux de testostérone <-> désir

... mais problème de la fiabilité/précision du dosage de la testostérone plasmatique pour des valeurs normales basses!

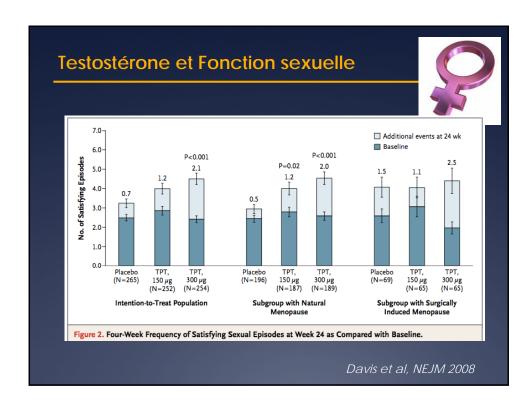
Testostérone et Fonction sexuelle



Place pour un traitement?

- chez femmes symptomatiques avec taux effondré de testostérone:
 - bénéfice démontré d'une substitution par testostérone sur désir, fantasmes, activité sexuelle, orgasme, satisfaction,...
- chez femmes symptomatiques ménopausées (ménopause naturelle):
 - bénéfice similaire
- chez femmes symptomatiques préménopausées (mais taux de testo bas):
 - bénéfice similaire probable (mais peu d'études

Limites de ces études: courte durée (qqs mois), doses de testostérone souvent supra-physiologiques, testostérone souvent utilisée avec estrogènes,...



Testostérone et Fonction sexuelle



Risques d'un traitement par androgènes ?

- 1. Effets androgéniques sur la peau (hirsutisme, acné) peu fréquents, peu sévères et réversibles
- 2. Probablement pas d'effets délétères sur le système cardio-vasculaire (?)
- 3. Risque de cancer du sein? Indéterminé.....

		Cases,		RR (95% CI)
Participants	Person-Years	No.	Adjusted*	Adjusted†
Never users	557 577	1647	1.00	1.00
Past users	316 713	936	0.91 (0.84-0.99)	0.90 (0.82-0.97)
Current users‡				
Estrogen only§	246 830	852	1.18 (1.08-1.30)	1.15 (1.05-1.27)
Estrogen and testosterone	5268	29	1.87 (1.29-2.71)	1.77 (1.22-2.56)
Testosterone only	360	3	2.69 (0.86-8.43)	2.52 (0.80-7.94)

ajusté pour âge ménopause, type ménopause, AF cancer sein, BMI, âge ménarche, parité, OH

Tamimi et al, Arch Intern Med 2006

Testostérone et Fonction sexuelle

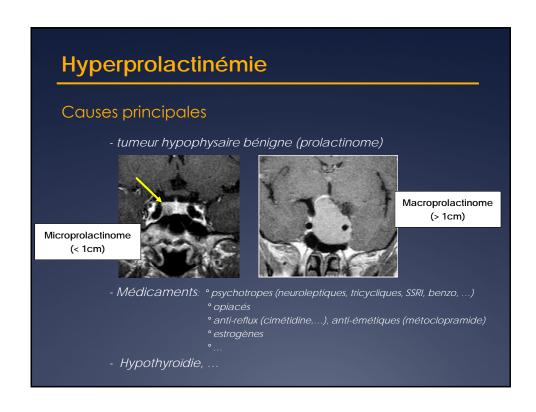


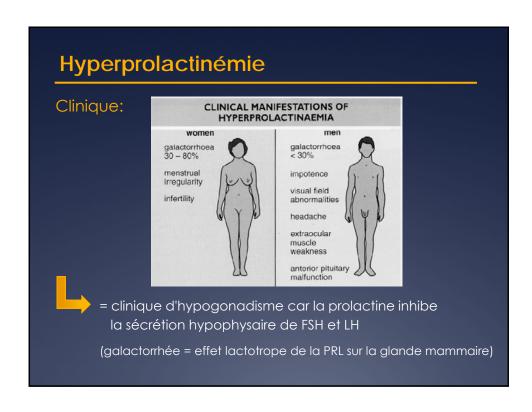
En conclusion..

- la testostérone est l'hormone principale impliquée dans le désir, y compris chez les femmes
- chez les femmes avec une dysfonction sexuelle, il y a de bonnes évidences qu'un traitement de testostérone améliore le désir, la satisfaction, les orgasmes,...

toutefois....

- on ne dispose pas en Suisse d'une galénique adaptée (dosage)
- des effets II androgéniques peuvent apparaître
- on a peu de données sur la sécurité à long terme
- il y a la problématique du dosage de la testostéronémie





Hyperprolactinémie et Dysfonction sexuelle

- 2 effets principaux:

- 1. effet indirect: baisse de la testostérone (homme) et oestradiol (femme)
- 2. effet direct (?) sur récepteurs à la prolactine de diverses structures neurologiques (hypothalamus, hippocampe) impliquées dans la fonction sexuelle ± action sur neurotransmetteurs (dopamine)

Traitement:

- médical: agoniste dopaminergique (cabergoline)
- stop médicament en cause

Nb: prolactinome = seule tumeur hypophysaire dont le traitement n'est pas en premier lieu chirurgical!

Dysthyroïdies Causes principales 1. Hyperthyroïdie: Goitre toxique Maladie de Basedow (auto-immune) Maladie de Hashimoto (auto-immune)

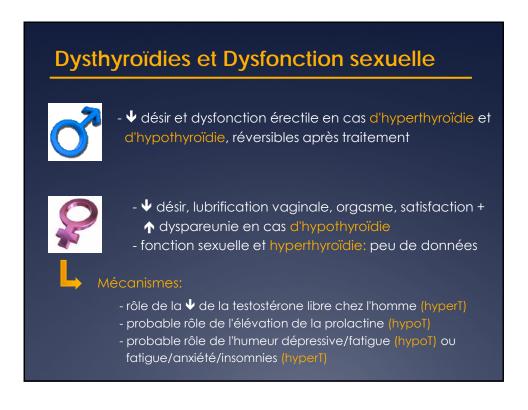
Dysthyroïdies

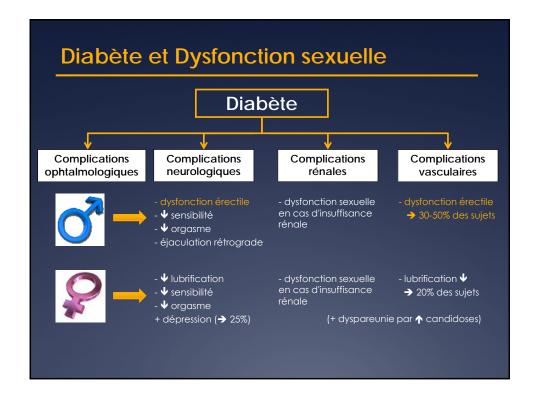
Clinique:

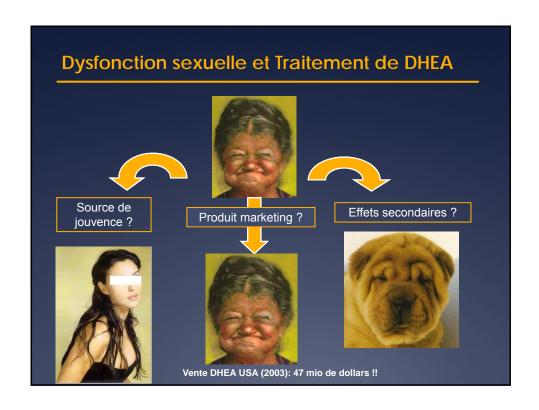
Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie		
Intolérance au chaud, sudations	Frilosité, peau sèche, cheveux/ongles cassants		
Tachycardie, palpitations	Bradycardie		
Agitation, nervosité, insomnies	Fatigue, ralentissement psychomoteur, dépression		
Perte de poids	Prise de poids		
Transit accéléré	Constipation		
Faiblesse musculaire, tremblement fin	Oedèmes		
Troubles du cycle, infertilité	Troubles du cycle, infertilité		

Traitement:

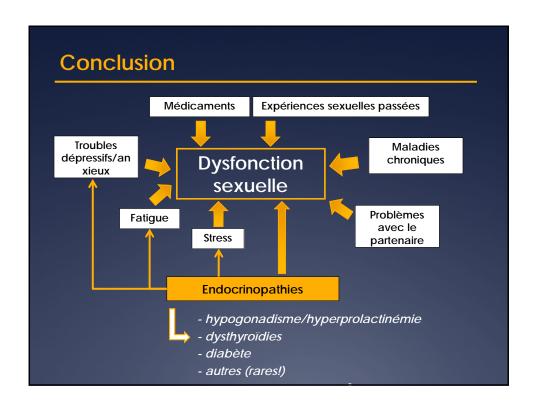
- HypoT: substitution par lévothyroxine (Euthyrox®, Eltroxine®,...)
- HyperT: antithyroïdien de synthèse (Néo-Mercazole®, Propycil®), chirurgie ou iode radioactif (1311)

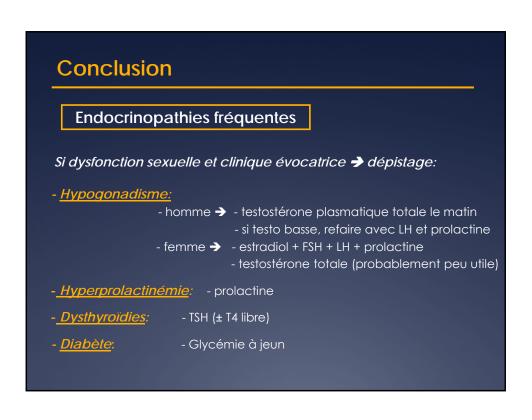












Quelques faits

- La sexualité est une préoccupation fondamentale, dans un monde sexualisé à outrance, pourtant les soignants ne l'abordent pas ou peu et ne savent pas quoi en faire.
- Plus de 80% des patients interrogés trouveraient normal que leur médecin aborde le sujet...
- Plus de 80% des médecins indiquent ne pas aborder le sujet de peur que cela ne gêne leur patients...

Raisons évoquées

Seul 30% des patients osent en parler spontanément à leur médecin.

Metz ME et al, 1988, 1990, Ashka C et al, 2001

Raisons évoquées par les patients:

Raisons évoquées par les médecins:

- Embarras 90%
- Difficultés pour expliquer 74%
- Manque de confiance 21%

- Manque de temps 53%
- Manque de connaissances
- 47%
- •Oubli 37%
- Embarras 32%

Raisons de l'inhibition

- Tabous
- Fausses croyances
- Manque de connaissances, banalisation
- Folie et troubles psychiques (folie amoureuse, perversions, etc)
- Dysfonction de couple
- Résistances (anxiété)...

Raisons d'évaluer les difficultés sexuelles

- Très fréquentes (potentiellement source de souffrance, donc enjeux de prévention)
- Beaucoup de difficultés sexuelles résolues par l'information et la déculpabilisation (anxiolyse et psychoéducation)
- Compliance médicamenteuse améliorée

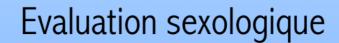
Raisons d'évaluer les troubles sexuels

- Incidence élevée (proportionnellement à l'âge).
- corrélés à des troubles organiques et psychiques fréquents (symptôme sentinelle)
- La fonction sexuelle est donc un bon marqueur de la santé globale d'un individu et de sa qualité de vie.
- Il existe la plupart du temps des traitements efficaces.

Evaluation et anamnèse

Evaluation sexologique

- Anamnèse médicale
- Anamnèse psychologique
- Anamnèse toxicologique et médicamenteuse
- Anamnèse relationnelle et familiale
- Anamnèse sexuelle



Anamnèse somatique

Anamnèse psychiatrique

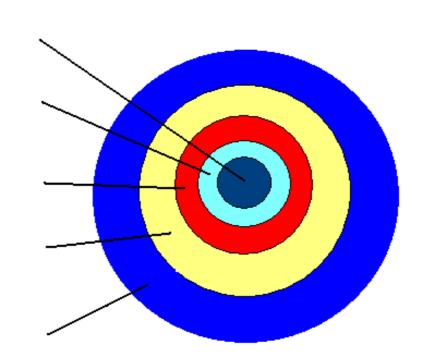
Anamnèse toxicologique

Anamnèse systémique

Anamnèse sexologique

Approche intersystémique 5 cercles

Biologique Intrapsychique Couple Famille Social



Permet de mieux cerner l'étiologie principale

Les étapes de l'activité sexuelle

Modèle selon Kaplan (1977-1979)

- Désir
- Excitation
- Orgasme

Permet de mieux caractériser le trouble

Pré requis

- Connaissances physiologiques, fonctionnelles, etc. du thérapeute et du patient (vérifier ses acquis!).
- Être à l'aise avec sa sexualité et les représentations que l'on peut avoir de notre propre sexe, genre, sexualité et celles du sexe opposé ou de la sexualité de nos patients.
- Capacités corporelles et interpersonnelles (savoir faire, savoir être, habiletés relationnelles) que l'on acquière.

Quand en parler

- si le patient le demande
- en cas de difficultés de couple
- début d'un suivi régulier
- check-up ou tous les 5-10 ans si facteurs de risques cardio-vasculaires
- lors d'étapes de vie (adolescence, etc)
- plainte faisant suspecter un problème sexuel
- post-trauma, chirurgie

Comment aborder

- Simplement, ouvertement, mots adaptés au patient
- Demander permission
- Verbaliser la gêne possible, dédramatiser
- Faire préciser pour éviter les malentendus
- Montrer que l'on ne peut pas tout savoir, que cela s'apprend
- Expliquer les raisons (médicales)
- Gérer la distance affective
- Avoir des connaissances de base
- Proposer un moment ad hoc
- S'interroger sur les raisons qui pousse le patient (et le thérapeute) à aborder ce sujet

Informations de base

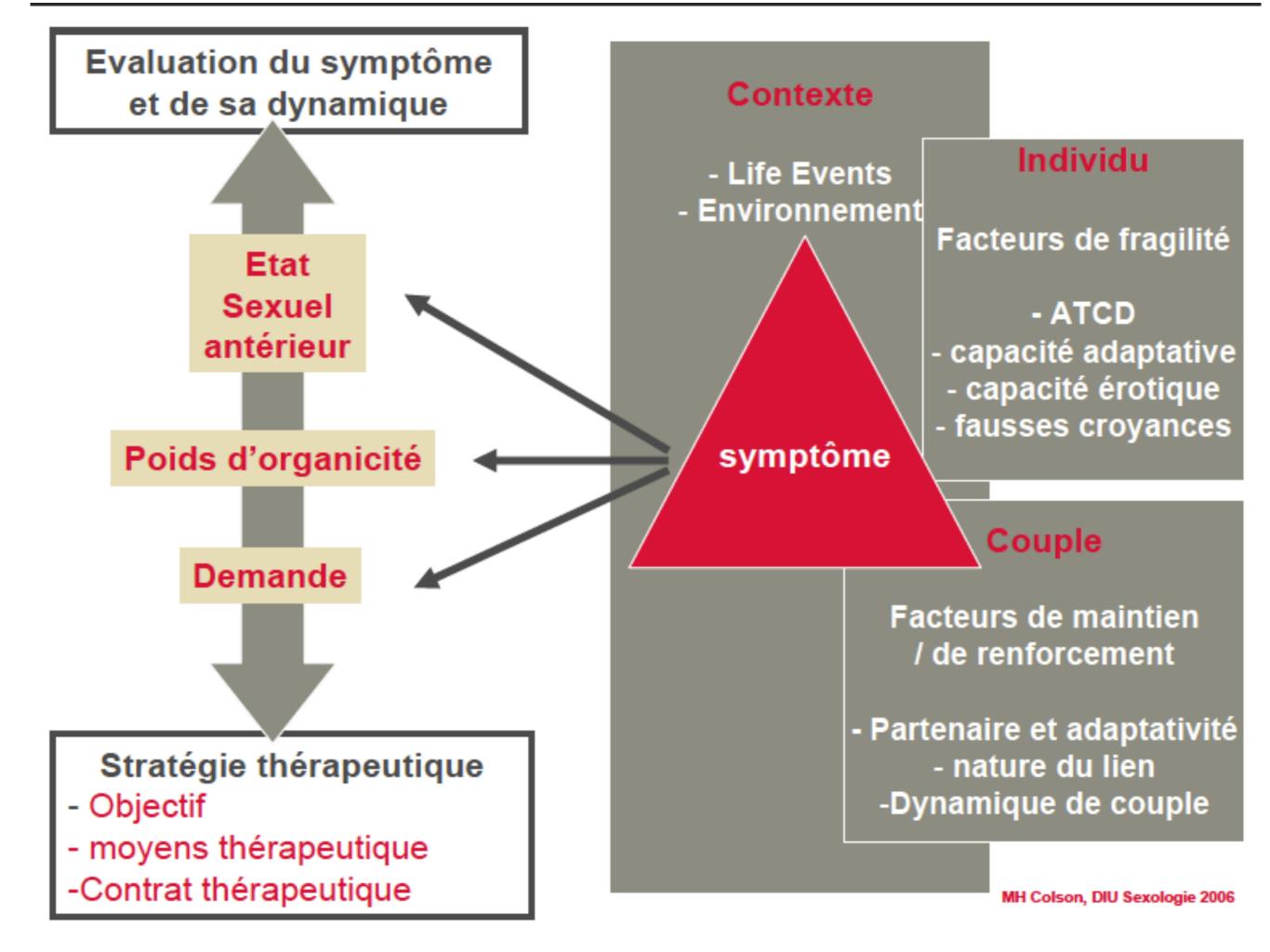
- Qui adresse le patient
- Pourquoi maintenant (y.c. éventuels bénéfices secondaires?)
- Données personnelles (y.c. profession, culture et religion et leurs impacts)
- ATCD médicaux/ chirurgicaux/ (y.c. sexuels)
- Allergies, toxiques et médicaments (y.c. contraception et son vécu)
- Status psychiatrique
- Status clinique et paraclinique éventuel (cf Dysfonction sexuelles et DD)

Status psychiatrique (rappel)

- Présentation et contact (apparence, tenue, hygiène, distance, coopération)
- Comportement moteur et CNV (démarche, posture, mimique,..)
- Fonctions cognitives et niveau de conscience (orientation S/T/autrui, mémoire long terme/récente/immédiate, vigilance, attention, jugement, capacité d'introspection, praxie et calcul, intelligence)
- Discours et pensée (forme: rythme, débit, ton, cohérence, abstration, champ; contenu: préoccupations excessives, idéations, délires plus ou moins systématisé)
- Troubles de perception (irréalité, illusions, hallucinations psychiques ou psychosensorielles)
- Affects (humeur +/- appropriée, qualité et modulation, IS, PS, TS?, impulsif ou prémédité)

Anamnèse sexologique

- Motif de consultation/ problème sexuel
 - Classer et Caractériser le trouble (cf)
- Depuis quand (I ou II)
- Orientation sexuelle/ Types d'activités sexuelles
- Circonstances de survenue, constant?
- Impact sur la vie sentimentale/ de couple
- Impact sur la vie quotidienne et sociale



Détails de l'analyse comportementale

- Préciser* le comportement-cible et facteurs favorisants internes et externes (émotions, cognitions, interpersonnel, etiologies, attentes du patient et attitude du thérapeute, bon timing et feedback clairs * (par expl par mise en situation en imagination)
- Analyse fonctionnelle: proposer un recueil des faits (questionnaires), reformuler le comportement-cible de manière intersystémique, choisir l'objectif prioritaire et assurer un follow-up du processus thérapeutique

Définition et classification

- DX: Trouble ne permettant pas d'avoir des relations sexuelle satisfaisantes (CIM 10)
- On peut classer les dysfonctions sexuelles en 4 grandes catégories pratiques (Kaplan 1983)
 - Troubles du désir sexuel
 - Troubles de l'excitation
 - Troubles de l'orgasme
 - Troubles sexuels avec douleur
- Facteur de stress, facteurs favorisants
- Système multiaxial
- Utilisation de questionnaires

Bibliographie

- 1. Principles and practice of sex therapy, S. leiblum, Ed. Guilford
- 2. Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles, FX Poudat, N. Jarousse, Ed Masson
- 3. Systemic Sex Therapy, K. M. Hertlein and al.
- 4. Les dysfonctions sexuelles, Gilles Trudel (Presses de l'Université du Québec, 2ème édition)
- 5. The New Sex Therapy, Active Treatment of Sexual Dysfonctions, Helen Singer Kaplan, Brunner (Mazel, Publishers, New York 1974)
- 6. Antimanuel d'éducation sexuelle, M. lacub et P. Maniglier, Ed. Bréal
- 7. La vie sexuelle des magazines, A. Steiger, Ed. Michalon
- 8. Hommes, femmes, D.C. Geary, Ed. De Boeck
- 9. The new sex therapy, H. S. Kaplan
- 10. Basson R., Schultz W.W., Sexual sequelae of general medical disorders, Lancet 2007
- 11. Metz et al. Women' expectations of physicians' in sexual health concerns. 1988; 7: 141-52
- 12. Metz et al. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. 1990; 16: 79-88
- 13. Stevenson RWD et al. How to become comfortable talking about sex to your patients. CMAJ 1983; 128: 797-800
- 14. Global Sex Survey, Durex