

SEXUALITE ET SEP

V. BONNIAUD - Dijon
Pr Thibault MOREAU
(CHU Dijon - Vice-président du Comité scientifique ARSEP)
2006

Les troubles sexuels de la Sclérose en Plaques sont d'une grande fréquence évalués à 45-70 % chez la femme et 70 % chez l'homme. Elle est sans doute plus faible si la pudeur du patient et celle de son médecin est plus grande. Cette maladie touche préférentiellement les adultes jeunes pendant la période la plus active de leur vie sexuelle et de leur fertilité, avec ainsi un retentissement majeur sur la vie émotionnelle et sociale. Les nouvelles possibilités thérapeutiques permettent actuellement une prise en charge plus efficace.

PHYSIOLOGIE

La Sclérose en Plaques peut être révélée ou s'accompagner à un moment ou à un autre de son évolution de troubles sexuels par atteinte des centres de contrôle ou des voies de conduction neurologique au niveau cérébral ou de la moelle par un processus de démyélinisation.

L'érection et l'éjaculation sont sous la dépendance de centres situés dans la moelle (dorsolombaires et sacrés) eux-mêmes coordonnés par des centres supérieurs au niveau cérébral. En cas de désir ou de stimulation sexuelle, le cerveau envoie un signal par l'intermédiaire de ces voies neurologiques qui va aboutir au déclenchement d'une érection ; celle-ci est liée à la relaxation du tissu érectile et à la dilatation des artères des corps caverneux de la verge. Le mécanisme de l'érection est le même que celui d'une éponge vivante. A l'état de repos, « l'éponge érectile » (appelée les corps caverneux) est contractée et vide de sang. Une excitation sexuelle de bonne qualité lui permet de se décontracter et donc d'aspirer le sang sous pression et de s'en remplir, ce qui déclenche l'érection. Le stress, la déconcentration, la fatigue, un manque de confiance en soi, certains médicaments et certaines maladies peuvent perturber ce mécanisme. La contraction du tissu musculaire des corps caverneux facilite alors la vidange de l'éponge érectile entraînant perte de pression sanguine et baisse de l'érection.

Chez la femme, au cours de l'activité sexuelle, on distingue trois phases avec des réactions génitales différentes. D'abord, au cours de la phase d'excitation se produit un afflux de sang au niveau des grandes lèvres, du clitoris et du vagin qui se lubrifie. Il y a une ascension du col utérin. Puis vient la phase en plateau avec une élévation du clitoris, une ballonnisation du vagin et sécrétions des glandes de Bartholin. Enfin, arrive l'orgasme à l'apogée de l'excitation et de la tension sexuelle. Cette phase résulte de contractions involontaires de l'utérus, du vagin et de la musculature périnéale.

1. LES TROUBLES SEXUELS MASCULINS

Les plaintes sexuelles chez l'homme les plus fréquentes sont une diminution de la rigidité de la verge avec des *érections molles* ou une durée insuffisante avec des *érections instables* pour permettre un rapport satisfaisant et complet. Il persiste souvent des *érections réflexes*, la nuit ou le matin au réveil, alors que peuvent disparaître les *érections psychogènes* induites par la situation érotique.

Cette situation est particulièrement mal vécue par le patient et sa partenaire. Elle met l'homme en situation d'échec et la fréquence des rapports sexuels diminue.

L'*impuissance*, c'est à dire la perte totale de l'érection, est plus rare et fait souvent suite à une longue période d'*instabilité érectile*. Les troubles de l'érection sont variables dans le temps, avec une évolution en dent de scie.

Les troubles de l'éjaculation peuvent être présents et sont également variables dans le temps. L'*éjaculation* peut être *prématurée*, surtout lors d'érections instables. Parfois, l'*éjaculation* peut être *retardée*, voire impossible à obtenir. Elle peut être également modifiée qualitativement avec un aspect baveux de l'éjaculation. L'*orgasme* peut être conservé mais avec une sensation ressentie bien souvent émoussée.

■ Prise en charge des troubles sexuels chez l'homme

Les troubles sexuels sont très variables, du moins au début de leur installation, avec des possibilités de récupération spontanée. Lorsque les troubles sexuels apparaissent définitifs, selon les motivations du patient et du couple, plusieurs types de traitements peuvent être utilisés. Mais les facteurs psychogènes et émotionnels ne doivent pas être négligés.

■ La pompe d'érection ou vacuum

Elle permet d'obtenir une érection passive par dépression à l'intérieur d'un cylindre placé sur le pénis. L'afflux de sang est maintenu par un anneau élastique fixé à la racine de la verge.

■ Les injections intra-caverneuses

Il s'agit d'injection de prostaglandine E1 réalisée à la base de la verge par le patient lui-même ou par la partenaire permettant d'obtenir une érection immédiate, de bonne qualité. La quantité de prostaglandine à injecter doit être adaptée pour rechercher la dose minimale efficace pour obtenir une érection de 1 à 2 heures.

■ Le sildénafil : VIAGRA®

Ce traitement oral est souvent utilisé de première intention et ce d'autant plus que le jeune âge des patients atteints ne contre-indique habituellement pas ce type de médicaments.

Les contre-indications sont les maladies cardio-vasculaires et la prise de traitement de type dérivé nitré.

■ **En ce qui concerne l'éjaculation**, la prise en charge est principalement motivée par un désir de procréation. Il faut toujours vérifier la possibilité d'une *éjaculation rétrograde* liée à la prise de certains médicaments. Les techniques d'électro-éjaculation peuvent être utilisées, difficiles à réaliser si la sensibilité périnéale est conservée. L'utilisation d'un vibromassage, éventuellement précédé d'une injection intra-caverneuse, peut suffire à recueillir du sperme. Des traitements alpha sympathicomimétiques peuvent être efficaces pour améliorer la qualité du sperme et provoquer une éjaculation.

2. LES DYSFONCTIONS SEXUELS FEMININS

Les plaintes sexuelles les plus fréquentes chez la femme sont la baisse de la *libido* ainsi qu'une diminution de la lubrification vaginale. Les autres troubles rencontrés sont la diminution de l'orgasme, la perte de la sensibilité au niveau périnéal et vaginal, des sensations désagréables (fourmillements, brûlures, décharges électriques....) de la région périnéale ou vaginale. Les femmes peuvent être gênées par la faiblesse ou l'incapacité de contrôler ou de contracter les muscles du périnée.

Les *dyspareunies* (douleurs lors de rapports sexuels) sont souvent liées à des troubles de la sensibilité du vagin et à la diminution de la lubrification, entraînant des difficultés à provoquer l'*orgasme*.

L'existence d'une hypersensibilité vaginale est associée à des douleurs de cette région, similaires aux douleurs ressenties au niveau des membres ou du tronc.

■ Prise en charge des troubles sexuels chez la femme

Sujet si souvent difficile à aborder et rarement motif de consultation, les troubles sexuels sont extrêmement fréquents et sources de difficultés, non seulement pour la femme elle-même mais pour le couple.

Pour les problèmes liés à la lubrification vaginale, les crèmes d'utilisation locale intra-vaginale doivent être conseillées. L'utilisation d'appareils vibreurs (type vibreur facial) peuvent améliorer les troubles orgasmiques chez les femmes présentant une diminution de la sensation au niveau périnéal. Les femmes présentant des troubles urinaires associés peuvent parfois bénéficier d'une rééducation périnéale apportant une prise de conscience du travail musculaire périnéal et une meilleure sensation au niveau vaginal.

Chez les femmes présentant une hypersensibilité vaginale, source de fourmillements désagréables ou de douleurs, des traitements par TEGRETOL ® ou LAROXYL ® peuvent être indiqués.

La base de la prise en charge de ces patients reste encore l'information et la discussion. Il est important d'aborder les problèmes de sexualité chez ces femmes en dépassant tabous et pudeurs de la patiente et du médecin. L'information médicale offre une base de dialogue pour la patiente et son partenaire, pouvant être le départ d'une prise en charge sexologique.

Petit lexique :

- *Anéjaculation* : absence d'éjaculation
- *Dyspareunie* : rapport sexuel douloureux et difficile.
- *Erection instable* : perte de la durée de l'érection
- *Erection molle* : perte de la qualité érectile avec diminution de la rigidité de la verge
- *Ejaculation prématurée* : survenant de façon trop précoce
- *Erection psychogène* (ou psychologique) : induite par une situation érotique (vision de la partenaire, odeur, film, fantasme)
- *Erection réflexe* : présente la nuit et le matin au réveil par voie réflexe
- *Ejaculation retardée* : difficile à obtenir
- *Ejaculation rétrograde* : émission du sperme en direction de la vessie
- *Impuissance* : perte totale de l'érection
- *Libido* : désir sexuel.
- *Orgasme* : explosion d'émotion, suivie d'une agréable sensation de bonheur et d'état de relaxation