

ICSM 2024 : RESUMES DES PRINCIPALES SESSIONS

L'International Consultation on Sexual Medicine (ICSM) est un congrès servant à présenter et discuter les recommandations des groupes d'experts. 24 comités ont été créés couvrant tous les champs de la Médecine Sexuelle, chaque comité présentait le résultat de son travail qui était soumis à la discussion des experts présents dans la salle avant la publication officielle. Ces 2 jours très riches ont permis de mettre à jour un certain nombre de connaissances. Voici les résumés des sessions importantes :

DEFINITIONS ET EPIDEMIOLOGIE

Nouvelles dysfonctions :

DYSEJACULATION : douleur génitale ou pelvienne pendant ou juste après l'éjaculation).

Le HARD FLACCID SYNDROME : une verge rigide à l'état flaccide pouvant être associée à des douleurs et une déformation qui n'est pas présente en érection.

Le CONCEALED PENIS (pénis enfoui) : Un phallus de longueur normale qui est dissimulé en raison d'un excès de graisse environnante (pénis enfoui), de scrotum (pénis palmé) ou de tissu cicatriciel (pénis piégé). Le pénis enfoui acquis chez l'adulte est une sous-catégorie spécifique de cette condition où un excès ou une couverture anormale de tissu mou environnant recouvre le pénis

GENITAL DYSMORPHOPHOBIA : un sous type de dysmorphophobie caractérisé par des préoccupations gênantes concernant l'apparence des organes génitaux masculins.

POST FINASTERIDE SYNDROME (question débattue) : un ensemble de symptômes incluant des problèmes psychologiques, physiques et/ou des dysfonctions sexuelles persistantes malgré l'arrêt de la prescription du finastéride.

FEMALE COGNITIVE AROUSAL DISORDER (FCAD): caractérisé par la difficulté ou l'incapacité à atteindre ou maintenir une excitation mentale adéquate au moment de l'activité sexuelle depuis au moins 6 mois. FCAD peut être primaire ou acquis et peut-être situationnel ou généralisé. Les patientes peuvent présenter FCAD et FGAD indépendamment ou de manière combinée.

FEMALE ORGASMIC ILLNESS SYNDROME (POIS) : Survenue , depuis au moins 6 mois, de symptômes périphériques ou centraux aversifs survenant juste avant

pendant ou après l'orgasme et n'étant pas corrélés à une mauvaise qualité de l'orgasme. Les symptômes périphériques peuvent inclure de la diarrhée, de la constipation, des douleurs musculaires, des douleurs abdominales, des bouffées de chaleur, de la fatigue une akinésie, une douleur génitale. Les symptômes centraux peuvent inclure une désorientation, une confusion, une perte de la mémoire verbale, une anxiété une insomnie, une dépression et des maux de tête. Ce syndrome peut durer quelques minutes, quelques heures ou quelques jours après l'orgasme et il est très variable selon l'individu.

Évolution des définitions :

DYSFONCTION ERECTILE :

Définition ICSM 2015 : incapacité constante ou récurrente d'atteindre ou de maintenir une érection suffisante pour une satisfaction sexuelle

Définition AUA 2018: incapacité d'atteindre ou de maintenir une érection suffisante pour assurer des performances sexuelles satisfaisantes

Définition EAU 2021 : Incapacité persistante d'atteindre ou de maintenir une érection suffisante pour permettre des performances sexuelles satisfaisantes.

Définition ICSM 2024 : Incapacité persistante ou récurrente d'obtenir ou de maintenir une érection suffisante pour pénétrer malgré une stimulation sexuelle adéquate.

Maladie de LAPEYRONIE :

Une condition caractérisée par une cicatrisation hypertrophique de la tunique albuginée pénienne associée à une déformation des plaques, une courbure, une perte de longueur, une déformation, une douleur et/ou une dysfonction érectile.

POST ORGASMIC ILLNESS SYNDROME :

Un ensemble de symptômes généraux indésirables survenant pendant ou peu après l'orgasme et qui ne sont pas mieux classés par un autre diagnostic. (Définition provisoire)

MICROPENIS :

Une longueur du pénis étiré en dessous de 2,5 déviations standard par rapport à la moyenne. Il n'y a pas de consensus quant à la mesure de la longueur du pénis. La mesure du pénis étiré , allant de la symphyse à l'extrémité du pénis) semble être la plus adéquate (opinion d'experts)

EJACULATION RETARDEE :

Dysfonction masculine caractérisée par l'incapacité à éjaculer ou une latence excessive de l'éjaculation qui survient pratiquement dans toutes les rapports sexuels avec partenaires, ceci malgré une érection adéquate et le désir d'éjaculer, et est associé à une détresse significative. Elle peut être primaire ou acquise

EJACULATION PREMATUREE :

Une éjaculation survenant toujours ou presque toujours lors d'une stimulation pénienne minimale durant des rapports sexuels avec partenaires avant ou approximativement autour de 2 min après le début de la stimulation (souvent pendant la pénétration). Cette condition résulte de l'incapacité à retarder l'éjaculation, elle est associée avec une détresse significative et peut être primaire ou acquise

TROUBLES DE L'EXCITATION GENITALE (female genital Arousal Disorder- FGAD)

Difficultés ou incapacité à atteindre ou maintenir une réponse génitale adéquate incluant la lubrification, l'engorgement de des organes génitaux et la sensibilité des organes génitaux associés à l'accusa sexualité activité sexuelle, depuis un minimum de 6 mois.

L'excitation peut être associée avec des réponses non génitales comme l'érection du mamelon, des rougeurs cutanés, une accélération du rythme cardiaque, une augmentation de la pression artérielle et du rythme respiratoire

Si le problème est dû à une stimulation insuffisante il ne s'agit pas d'un FGAD. Les conditions vulvovaginales comme l'atrophie, l'infection ou des inflammations de la vulve ou du vagin, une vestibulodynie une clitoridodynie , doivent être exclues de ce diagnostic également .

SYNDROME D'EXCITATION GENITALE PERMANENTE :

Sensation d'excitation génitale persistante ou récurrente, involontaire et intrusive depuis au moins 6 mois.

Ceci peut inclure d'autres types de dysesthésies génito pelviennes (brûlures, démangeaisons, douleur...).

Plus souvent expérimenté dans le clitoris mais peut aussi atteindre plusieurs zones génitopelviennes (mont du pubis, vestibule, urètre région périnéale vessie et/ou rectum).

Peut inclure la sensation d'être au bord de l'orgasme, avoir des orgasmes incontrôlables ou avoir un nombre excessif d'orgasmes.

Ceci n'est pas associé avec un intérêt sexuel concomitant dépensé ou des fantasmes.

L'activité sexuelle peut diminuer les symptômes, ne rien changer aux symptômes, ou même aggraver les symptômes.

Cela compromet la qualité de l'orgasme.

Certaines circonstances peuvent amener à une aggravation de cette dysesthésie (être assis, conduire la voiture, la musique ou certains bruits, l'anxiété le stress ou la nervosité).

Peut être associée à : désespoir, labilité émotionnelle, catastrophisme et/ou idées suicidaires.

A l'examen clinique il n'y a pas de d'excitation génitale évidente(lubrification gonflement du clitoris ou des lèvres)

LES DOULEURS A LA PENETRATION

Difficulté marquée et récurrente en relation avec une douleur pendant l'activité sexuelle qui n'est pas entièrement attribuable à une condition médicale une lubrification insuffisante liée à l'âge ou aux changements associés avec la ménopause c'est i

Ce syndrome est associé avec une détresse significative et dure depuis au moins 6 mois Il comprend au moins une des conditions suivantes : 1 : difficultés marquées et récurrentes à la pénétration dû notamment à une contraction involontaire des muscles du périnée survenant pendant la pénétration , 2 : des douleurs vulvovaginales ou pelviennes durant la pénétration de façon récurrente et persistante et 3 :une anxiété une peur liée à la pénétration vulvovaginale et l'anticipation de la douleur pendant . Les symptômes sont récurrents malgré une stimulation adéquate et un désir sexuel, ils ne sont pas entièrement attribuables à une condition médicale qui peut avoir des effets secondaires au niveau génital, ni à un trouble mental et ne sont pas attribuables entièrement à une absence de lubrification ou aux modifications liées à la ménopause. Ils sont associés à une détresse significative.

DESIR SEXUEL HYPOACTIF (HSDD) :

Présence depuis au moins 6 mois de l'un au moins de situations suivantes : Absence de motivation pour l'activité sexuelle, absence de désir spontané pas de pensée érotique ou de fantasme , absence de réponse aux stimulations sexuelles, incapacité de maintenir le désir ou l'intérêt sexuel pendant une activité sexuelle, perte de l'envie d'initier ou de participer à une activité sexuelle, incluant des réponses comme l'évitement ou l'incapacité de trouver des situations qui peuvent amener à une activité

sexuelle. Ceci n'est pas lié à des douleurs ou une dysfonction érectile. HSDD est associé à une détresse significative qui inclut de la frustration, l'incompétence, la culpabilité, la tristesse ou la peur.

TROUBLE DU COMPORTEMENT SEXUEL COMPULSIF :

L'incapacité de contrôler des pulsions sexuelles intenses et répétitives ou des urgences sexuelles entraînant un comportement sexuel répétitif, se manifestant par l'un des items suivants : 1 s'engager dans des activités sexuelles répétées devient quelque chose de très important pour la vie de la personne au point de négliger la santé les soins et d'autres intérêts comme les activités les responsabilités. 2 la personne a fait beaucoup d'efforts, sans succès, pour contrôler ou diminuer de manière significative un comportement sexuel répétitif, elle continue à s'engager dans un comportement sexuel répétitif malgré des conséquences dans les relations dans la santé ou des occupations (travaille ou autres). 3 la personne continue à s'engager dans un comportement sexuel même s'il n'en a pas de satisfaction. Ces symptômes se manifestent depuis au moins 6 mois et provoquent de la détresse ou ont des conséquences dans la vie personnelle familiale et sociale de l'individu. La détresse liée au simple jugement moral, n'est pas suffisante pour cette définition.

REHABILITATION APRES CANCER DE LA PROSTATE

Le comité a présenté les recommandations que nous avons traduites dans la NL de novembre dernier :

Wittmann, D., Mehta, A., McCaughan, E., Faraday, M., Duby, A., Matthew, A., ... & Mulhall, J. P. (2022). Guidelines for sexual health care for prostate cancer patients: recommendations of an International Panel. *The journal of sexual medicine*, 19(11), 1655-1669.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.197>

Vous pourrez relire ces recommandations ici :

[RECOMMANDATIONS-POUR-LES-SOINS-DE-SANTE-SEXUELLE-DES-PATIENTS-ATTEINTS-DE-CANCER-DE-LA-PROSTATE](#)

DYSFONCTION ERECTILE

EVALUATION

Le but est d'identifier les étiologies et les facteurs de risque.

L'évaluation comprend :

- L'histoire médicale et sexuelle (antécédents médicochirurgicaux, traitements actuels, mode de vie, pratiques sexuelles, aspects émotionnels)
- Un examen clinique général et génital
- Un bilan biologique à la recherche de facteurs de risque vasculaires (glucose et lipides, HbA1c) et d'un déficit en testostérone en cas de symptômes évocateurs ou d'une insuffisance d'efficacité des IPDE5).
- Des questionnaires validés (par ex : IIEF, SHIM, ADAM)

TRAITEMENTS :

En premier lieu

- Essayer de modifier les habitudes (tabac, obésité, inactivité physique, stress) et d'optimiser les maladies chroniques (diabète, HTA, dyslipidémie).
- Encourager une alimentation saine, un exercice physique régulier, la perte de poids.
- Psychoéducation, conseils sexuels

Traitements de première intention :

- Traiter un déficit en testostérone
- Adresser en cardiologie les patients ayant des facteurs de risque vasculaire
- IPDE5 à la demande ou continu à la dose maximale tolérée.

Traitements de 2^e intention :

- Injections intra caverneuses
- Alprostadil intra urétral
- Vacuum
- Implants péniens

Nouveaux traitements (expérimentaux)

- Par voie orale : agents dopaminergiques, Analogues de la mélanocortine, inhibiteurs de la Ro kinase
- Thérapies géniques et cellules souches
- Toxine botulique

Thérapies restauratives :

- Cellules souches : expérimental
- PRP : expérimental
- Ondes de choc (probablement efficace pour DE modérée vasculogénique)

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET DYSFONCTIONS SEXUELLES

DONNEES DE LA LITTERATURE :

Il y a peu de données dans la littérature, peu d'études comparatives avec des échantillons limités à une seule pathologie, des petits échantillonnages et peu d'usage des mesures validées.

La prévalence des dysfonctions sexuelles en psychiatrie est élevée.

RECOMMANDATIONS

1. Les cliniciens devraient rechercher une dysfonction sexuelle chez les patients ayant des troubles psychiatriques
2. Ils devraient savoir que la cause d'une dysfonction sexuelle est toujours multifactorielle. En particulier la DS peut être le fait de la pathologie, de causes biologiques qui y sont liées, des traitements utilisés, ou encore liée à des causes qui n'ont rien à voir avec la pathologie mentale.
3. La dépression affecte 12% de la population mondiale. 50 à 70% de risque de DS chez les patients dépressifs et 130 à 210% de risque supplémentaire de dépression chez les patients présentant une DS.
4. Les troubles psychotiques ; La schizophrénie affecte 0,3 à 0,7% de la population. 2 fois plus de risque de DS que dans la population générale.

DS et PSYCHOTROPES

- Par impact direct sur la fonction sexuelle : Sérotoninergiques (orgasme retardé), antagonistes dopaminergiques (diminution du désir) anticholinergiques (diminution de la vasodilatation).
- Du fait d'autres effets secondaires : syndrome extra pyramidaux, sédation, émoussement émotionnel, bouche sèche
- Du fait de l'impact sur les facteurs de risque médicaux : prise de poids, hyperprolactinémie.

Stratification of risk/severity of TEDS with Psych Meds

Antidepressants	
Low risk	Agomelatine, Bupropion, Gepirone-ER, Nefazodone, Selegiline, Trazodone, Vilazodone, Vortioxetine
Intermediate risk	Desvenlafaxine, Duloxetine, Escitalopram, Fluvoxamine, Mirtazapine, Moclobemide, Reboxetine
High risk	Amitriptyline, Citalopram, Clomipramine, Fluoxetine, Imipramine, Isocarboxaside, Nortriptyline, Paroxetine, Sertraline, Venlafaxine

Antipsychotics	
Low risk	*
Intermediate risk	Aripiprazole, Lurasidone, Quetiapine, Ziprasidone
High risk	Amisulpride, Clozapine, Haloperidol, Olanzapine, Paliperidone, Perphenazine, Risperidone, Thioridazine

Non-antipsychotic mood stabilizers	
Low risk	Lamotrogine
Intermediate risk	Carbamazepine, Lithium, Valproate
High risk	

MALADIE DE LAPEYRONIE

RECOMMANDATIONS

- La prévalence est largement sous-estimée et la résolution spontanée rare (recommandation modérée)
- Il y a une association avec d'autres co-morbidités ou facteurs de risque (diabète, HTA, dyslipidémies, maladie de Dupuytren) (recommandation modérée)
- Un historique détaillé doit être précisé incluant une DE associées, le questionnaire Peyronie's Disease Questionnaire (PDQ) peut aider (principe clinique)
- L'examen clinique doit inclure la localisation de la plaque, sa taille. L'évaluation doit être basée sur des photos en érection après IIC au cabinet. (Surtout avant un geste chirurgical si des photos n'ont pas été faites auparavant) (principe clinique)
- L'échodoppler couleur est l'examen de choix pour évaluer l'hémodynamique pénienne, repérer les plaques et leur calcification. Il permet de mesurer objectivement la déformation et son angle, particulièrement avant chirurgie (recommandation modérée)
- La physiopathologie est mal connue. Les recherches suggèrent un trouble de la cicatrisation et des traumatismes sur un terrain génétique favorisant (opinion d'experts)
- La phase active, inflammatoire peut se caractériser par des douleurs et une déformation progressive. Elle dure entre 6 et 12 mois mais peut aussi durer 18 mois. La phase chronique se caractérise par une courbure stable (opinion d'experts)
- Les cliniciens devraient discuter avec les patients des traitements disponibles et de leur rapport bénéfice risque (principe clinique)
- La littérature ne montre qu'un effet minimum pas d'effet du tout sur la réduction de la courbure d'aucun traitement par voie orale (recommandation modérée)
- Les IPDE5 peuvent être prescrits aux patients présentant une maladie de Lapeyronie ayant une dysfonction érectile associée (recommandation modérée)
- Le traitement topique et la ionophorèse ne sont pas recommandés dans la maladie de Lapeyronie (recommandation conditionnelle).
- La traction pénienne comme les extendeurs et le vacuum peut être proposée dans une approche multimodale (recommandation conditionnelle)
- Les injections de collagénase et d'interféron Alpha 2B peuvent être proposées aux patients avec une maladie de Lapeyronie stable et une déformation supérieure à 30° (recommandation modérée)

- les injections de corticostéroïdes et de vérapamil peuvent diminuer la courbure, la taille de la plaque ou la douleur chez certains patients (recommandations conditionnelles)
- il n'y a pas de preuve supportant l'efficacité des cellules souches ou du PRP dans la maladie de Lapeyronie (forte recommandation)
- Le traitement par ondes de choc peut être proposé pour traiter la douleur dans la phase aiguë de la maladie de Lapeyronie avec une plaque palpable mais cela ne pas améliorer la courbure ni réduire la taille de la plaque (recommandation conditionnelle).
- Les indications pour une reconstruction chirurgicale sont une période de stabilité d'au moins 6 mois, l'incapacité d'avoir des relations sexuelles à cause de la déformation et ou d'une rigidité insuffisante, et la préférence du patient pour une solution rapide et définitive (opinion d'expert).
- Une information adéquate est nécessaire pour des attentes réalistes post opératoires. Le risque d'avoir une courbure récurrente ou persistante, une diminution de la taille et une diminution des sensations, doit être discuté avec le patient (Principe clinique).
- La plicature est la meilleure option chirurgicale pour les patients ayant une fonction érectile normale (recommandation modérée).
- Le type de procédure dépend du chirurgien et de la préférence du patient l'excision de la tunique albuginée suivie de plicature, a plus de complications (recommandation modérée).
- Les implants pénis devraient être considérés chez les patients ayant une dysfonction érectile réfractaire aux traitements médicaux associés à une courbure pénienne ou à fort risque de développer une dysfonction érectile post-opératoire (recommandation forte).
- Les procédures comme le modeling, la plicature de la tunique, l'incision/excision de la plaque ou le grafting doivent être faits quand la déformation ou la courbure persiste après implantation d'une prothèse (recommandation modérée).
- La chirurgie d'allongement de la verge pendant la mise en place de la prothèse doit être regardée avec caution et fait par un chirurgien ayant une grande expérience car il y a des risques importants de complications (opinion d'expert).
- Les programmes de réhabilitation post-opératoire utilisant la pharmacothérapie ou la traction pénienne peuvent réduire le risque de dysfonction érectile de courbure récurrente et de pertes de longueur de la verge (opinion d'expert).
- Dans certains cas les complications peuvent être traitées avec succès par une révision chirurgicale. Quand c'est nécessaire, celle-ci doit être faite au moins 6 mois après la procédure initiale pour avoir une complète cicatrisation et une stabilisation de la déformation et une évaluation adéquate de la fonction érectile post opératoire (opinion d'expert) .

DIABETE ET DYSFONCTIONS SEXUELLES

Données de la littérature

DIABETE ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES

- Les complications du diabète sont un problème majeur de santé. La macroangiopathie, la microangiopathie et la neuropathie conduisent tous aux dysfonctions sexuelles autant chez les hommes que chez les femmes (niveau de preuve A)
- Les facteurs de risques, l'inactivité physique, l'obésité, le syndrome métabolique, le diabète et les maladies cardiovasculaires conduisent à une baisse du désir et à des dysfonctions sexuelles (niveau de preuve A).
- Les problèmes sexuels peuvent être un signal d'alarme sur des maladies sous-jacentes ou la conséquence de maladies chroniques (niveau de preuve A).
- La dysfonction érectile est un marqueur des maladies cardiovasculaires (niveau de preuve A).
- Les hommes ayant eu un papisme ont un risque plus important de maladies cardiovasculaires et d'atteintes cérébrovasculaires dans les années qui suivent le priapisme (niveau de preuve C).
- Les femmes post ménopausées particulièrement celles qui sont d'âge moyen devraient être évaluées pour les facteurs de risque cardiovasculaires et les dysfonctions sexuelles car les dysfonctions sexuelles sont des signes avant-coureurs de maladies cardiovasculaires (niveau de preuve B).

DIABETE, FERTILITE ET EJACULATION

- La baisse du désir sexuel et les dysfonctions sexuelles sont souvent associées avec une baisse de la testostérone et une augmentation de la masse graisseuse ce qui peut arriver chez plus de 40% des hommes diabétiques. La prévalence des problèmes sexuels chez les individus d'âge moyen présentant un diabète peut être associé avec ces facteurs de risque (niveau de preuve A).
- Le diabète a un impact négatif sur la fertilité masculine particulièrement la qualité du sperme et les constituants du sperme la motilité et les modifications de l'ADN (niveau de preuve A).
- Les dysfonctions éjaculatoires comprennent différents troubles liés au diabète et à ses complications telles que l'éjaculation prématurée, l'éjaculation retardée l'éjaculation rétrograde, les douleurs à l'éjaculation une diminution de la sensation, une diminution du volume et une diminution de la force de

l'éjaculation. Les problèmes liés aux dysfonctions éjaculatoires peuvent altérer la qualité de vie autant que cela peut affecter la fertilité (niveau de preuve B).

- L'évaluation initial d'une éjaculation prématurée comporte le contrôle du taux sanguin de sucre, dans certains cas cela peut permettre de retrouver une fonction éjaculatoire normale. L'amélioration de la glycémie améliore l'éjaculation prématurée chez les patients diabétiques de type 1 et lorsqu'il y a association d'éjaculation prématurée de dysfonction érectile, la dysfonction érectile doit être traitée par des IPDE 5 avant ou au moins au même moment que les autres traitements (niveau de preuve B).

DIABETE, INSUFFISANCE RENALE, TESTOSTERONE

- Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes chez les patients diabétiques de type 2 et ayant un rein diabétique (50%); la filtration glomérulaire est significativement associée avec les DS, la dysfonction érectile et les dysfonctions féminines pendant que les dysfonction sexuelles et la dysfonction érectile sont des déterminants importants pour évaluer le niveau de la filtration glomérulaire (niveau de preuve B).
- Les dysfonctions sexuelles féminines sont plus fréquentes chez les femmes présentant un diabète de type 1 que chez les femmes qui n'ont pas de diabète de type 1, les patients avec un diabète de type 1 devraient être interrogés sur leur santé sexuelle et les soignants devraient apporter plus d'attention et conseiller les patients sur la santé sexuelle, autant les femmes que les hommes présentant un diabète de type 1 (niveau de preuve B).
- Le traitement par la testostérone améliore la sensibilité à l'insuline chez les hommes obèses avec un hypogonadisme en diminuant la masse graisseuse, en augmentant la masse musculaire, en diminuant les graisses insaturées et en supprimant l'inflammation. Cela conduit à une amélioration de la glycémie,, une amélioration de la fonction endothéliale du profil lipidique en même temps que l'amélioration des symptômes de l'hypogonadisme et la réduction potentielle du risque cardiovasculaire (niveau de preuve A).
- Le taux de protéines Klotho est associée avec le désir sexuel et la fonction sexuelle chez les hommes et également chez les femmes .Le taux de protéine klotho pourrait représenter un marqueur potentiel du désir et de la fonction sexuelle (niveau de preuve C).

TESTOSTERONE, OBESITE, CHIRURGIE BARIATRIQUE

- Le traitement par la testostérone prévient de l'évolution du pré diabète vers le diabète et améliore l'HbA1c (niveau de preuve A).

- L'obésité est associée avec l'hypogonadisme, la dysfonction sexuelle et une hypofertilité chez les hommes (niveau de preuve A).
- La chirurgie bariatrique améliore la santé sexuelle des hommes comme des femmes, elle est associée à une augmentation significative du score IIEF et du niveau de la testostérone. Les mêmes bénéfices sont retrouvés chez les femmes (niveau de preuve A).

MODE DE VIE, TRAITEMENTS DU DIABETE ET IPDE5

- L'exercice physique est fortement recommandé à la fois chez les patients présentant un diabète de type 1, et un diabète de type 2 et étant donné qu'il contribue à une perte de poids qu'il améliore le contrôle du glucose, qu'il diminue le risque cardiovasculaire et améliore la sensation de bien-être et la fonction sexuelle. Les exercices à haute intensité peuvent être contre-productifs (niveau de preuve C).
- Le régime méditerranéen peut aider à préserver la fonction sexuelle (niveau de preuve B).
- Le rôle des traitements antidiabétiques dans l'amélioration de la fonction érectile et des dysfonctions sexuelles féminine devrait être explorée car ça peut être fondamental pour la surveillance de la santé sexuelle dans le cadre du diabète (niveau de preuve C).
- Les médicaments anti-hyperglycémie (GLP1, SGLT2, DPP4) semblent montrer un bénéfice et un rôle protecteur sur la fonction sexuelle (niveau de preuve C).
- En plus d'être utilisés pour traiter la dysfonction érectile les IPDE5 ont montré des effets favorables sur le plan cardiovasculaire (niveau de preuve A).

DESIR SEXUEL HYPOACTIF CHEZ LA FEMME :

RECOMMANDATIONS :

- Le désir sexuel hypoactif doit être considéré comme une entité distincte des troubles de l'excitation sexuelle (principe clinique)
- Dans ce sens le comité recommande d'adopter la définition et la nomenclature de la CIM 11 ce qui est en ligne avec le consensus ISSWSH. (Principe clinique).
- Les traitements psychologiques sont efficaces pour améliorer le désir sexuel et la détresse liée au désir sexuel hypoactif chez les femmes (recommandation forte).
- Depuis 10 ans, plusieurs essais de très bonne qualité ont montré des preuves supplémentaires pour l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales et des thérapies basées sur le mindfulness incorporant des éléments de sexothérapie (recommandation modérée).
- Parmi les traitements médicamenteux non normaux hormonaux la FLIBANSERINE peut être utilisée ainsi que la BREMELANOTIDE (recommandation forte) le BUPROPION, la BUSPIRONE et le TRAZODONE également (recommandation modérée).
- La testostérone administrée à des doses approximativement physiologiques chez la femme pré ménopausée améliore de manière significative le désir sexuel (recommandation forte).
- Le traitement par la testostérone n'augmente pas le risque d'effets secondaires y compris les effets cardiovasculaires.
- Nous n'avons pas de datas suffisantes chez les populations à haut risque et après 24 mois de traitement mais le traitement par la testostérone transdermique n'a pas d'effet significatif sur le métabolisme d'ici lipidique (recommandation forte).
- Les données actuelles de la littérature ne montrent pas de manière évidente l'effet des estrogènes et de la progestérone sur le désir sexuel, il n'y a pas de données suffisantes chez les femmes qui ont été diagnostiquées pour un HSDD en tout cas le traitement hormonal de la ménopause n'est pas recommandé dans le dans la seule indication de traiter le désir sexuel hypoactif (recommandation forte).
- Chez les femmes jeunes récemment ménopausées avec une ménopause naturelle l'estradiol transdermique associé à la progestérone micronisée a montré quelques bénéfices sur le désir sexuel, il semblerait que ce soit un effet indirect lié à l'amélioration des douleurs et des troubles de la lubrification. Il n'y a pas de data sur les femmes spécifiquement diagnostiquées avec HSDD (recommandation modérée)
- Chez les femmes post ménopausées avec HSDD et une fonction surrénalienne normale, la DHEA n'est pas associée à une amélioration du désir sexuel (recommandation forte).
- Il y a peu d'essais cliniques bien menés pour montrer une efficacité de la TIBOLONE sur les femmes post ménopausées avec HSDD il semblerait que la

TIBOLONE n'augmente pas de façon évidente le désir sexuel (recommandation modérée)

- Il n'y a pas suffisamment de données pour émettre aucune recommandation quant à l'utilisation de la testostérone par voie intra vaginale.
- En ce qui concerne les thérapies alternatives (yoga ,hypnose, lifestyle , aromathérapie, acupuncture, plantes...): elles peuvent être utiles dans une approche holistique mais peu de données dans la littérature (recommandation modérée).

SYNDROME D'EXCITATION GENITALE PERMANENTE

PERSISTENT GENITAL AROUSAL DISORDER/GENITO-PELVIC DYSTHESIA

DEFINITIONS :

Décrit par Leiblum en 2001 : « Persistent Sexual arousal Syndrome »

Le nom change en 2006 : Persistent Genital Arousal Disorder car le syndrome affecte la région génitale mais n'est pas relié à la sexualité.

L'ISSWSH, en 2021 redéfinit le SEGP en incluant les dysesthésies génito pelviennes et développe des stratégies de prise en charge.

Le syndrome se caractérise par :

- Des sensations pénibles, persistantes ou récurrentes, non souhaitées ou intrusives d'excitation génitale.
- Sensation d'être sur le point de l'orgasme, de lubrification et de gonflement, de picotements, de pulsations et de contractions.
- Les symptômes durent depuis au moins 3 mois
- Peuvent inclure d'autres types de dysesthésies génito pelviennes : vibrations, brûlures, contractions musculaires, démangeaisons et de douleurs.

Le syndrome peut toucher les femmes et les hommes

EPIDEMIOLOGIE

Prévalence chez les femmes : 0,6 à 3%

Prévalence chez les hommes : 1,1 à 4,3%

FACTEURS PSYCHO SOCIAUX CONTRIBUTIFS et COMORBIDITES

- Symptômes d'anxiété/panique
- Symptômes dépressifs/suicidaires
- Symptômes obsessionnels-compulsifs
- Catastrophisation/hypervigilance
- Traumatismes sexuels/émotionnels/autres

- Autres comorbidités psychiatriques
- Difficultés sexuelles
- Problèmes relationnels

FACTEURS ORGANIQUES CONTRIBUTIFS & COMORBIDES : REGION 1, TERMINALE

- Anomalie clitoridienne
- Balanite
- Phimosis
- Pathologie vestibulaire
- Dermatoses
- Vestibulodynie
- Facteurs associés : SGUM (Syndrome Génito-Urinaire de la Ménopause) , pathologie urétrale/vésicale , caroncule urétrale, cystite interstitielle, diiverticule urétral, urétrite, pathologie vulvaire, dermatoses, vulvodynie

FACTEURS ORGANIQUES CONTRIBUTIFS & COMORBIDES : REGION 2, PELVIS/ PERINEE.

- Pathologie vaginale
- Pathologies inflammatoires infectieuses et non-infectieuses
- SGUM (Syndrome Génito-Urinaire de la Ménopause)
- Dysfonctionnement des muscles du plancher pelvien hypertonique/suractif
- Neuropathie pudendale
- Pathologies vasculaires : syndrome de congestion pelvienne, MAV (Malformation Artério-Veineuse) ,

FACTEURS ORGANIQUES CONTRIBUTIFS & COMORBIDES : REGION 3, LA QUEUE DE CHEVAL

- Kyste de Tarlov sacré et autres kystes méningés sacrés
- Maladie discale lombaire
- Spondylolisthesis
- Maladie dégénérative du disque
- Hernie du noyau pulpeux
- Sténose spinale

FACTEURS ORGANIQUES CONTRIBUTIFS & COMORBIDES : REGION 4, LA MOELLE EPINIÈRE

Pathologies médullaires

FACTEURS ORGANIQUES CONTRIBUTIFS & COMORBIDES : REGION 5, LE CERVEAU.

- Médicaments : utilisation ou arrêt des ISRS, Trazodone
- Organiques : épilepsie , MAV, anévrisme

DIAGNOSTIC

- Région 1 : examen clinique méticuleux , inspection, Q tip test, si besoin sous anesthésie locale , examen du prépuce clitoris/gland, vestibule, sensibilité.
- Région 2 : testing périnéal, recherche de neuropathie pudendale, rechercher des varices pelviennes.
- Région 3 : à explorer si aucune anomalie région 1 et 2, IRM lombosacrée à la recherche d'un kyste de Tarlov
- Région 4 : en fonction du contexte clinique
- Région 5 : rechercher l'anxiété (cause ou conséquence), les pensées négatives voire suicidaires, les dysfonctions sexuelles, les problèmes relationnels, les antécédents de violence sexuelle, l'hyper vigilance et la catastrophisation, la prise/ arrêt des ISRS

TRAITEMENTS

- Psychothérapies : TCC, Mindfulness
- Traitement d'une cause locale.
- Périnée hypertonique : rééducation manuelle, bio feed back, botox ? neuromodulation ?
- Neuropathie pudendale : rééducation, neuromodulation, blocs nerveux, chirurgie
- Varices pelviennes : embolisation,
- Traitement pharmacologique : pas d'AMM spécifique. VARENICLINE (antagonistes dopaminergique), PREGABALINE- GABAPANTINE. (trt des neuropathies), TRAMADOL (risque d'addiction), DULOXETINE – PAROXETINE (trt concomitant des troubles anxio dépressifs).
- Traitement chirurgical : traitement d'un phimosis , vestibulectomie , bloc pudental, radiologie interventionnelle, neurostimulateurs, neurochirurgie.
