

Item 56 (Item 40) – Sexualité normale et ses troubles

EVALUATIONS

2014

QCM

QUESTION 1/5 :

Parmi les propositions suivantes, concernant la physiologie de la sexualité :

- A** - C'est une combinaison de phénomènes biologiques, physiques et psychoaffectifs
- B** - L'acte sexuel comporte plusieurs étapes dont le désir et l'excitation
- C** - L'intégrité du système nerveux, l'absence de pathologie vasculaire et endocrinienne sont suffisants pour assurer une fonction sexuelle normale
- D** - La phase d'orgasme suit les phases de désir, d'excitation et de plateau, et est synonyme de vie sexuelle satisfaisante
- E** - Durant l'excitation, le pénis et le clitoris sont en érection
- F** - La dopamine, la sérotonine, l'ocytocine et le PSA sont des neuromédiateurs intervenant dans la physiologie de la sexualité

(Réponse : ABE)

QCM

QUESTION 2/5 :

Concernant les troubles sexuels chez l'homme :

- A** - L'éjaculation rétrograde est toujours liée à un problème anatomique ou d'iatrogénie
- B** - La dysfonction érectile a le plus souvent une cause hormonale
- C** - L'éjaculation prématurée est plus fréquente chez les adultes jeunes
- D** - Un déficit en testostérone peut être à l'origine d'un trouble du désir
- E** - Un PSA élevé peut être à l'origine d'un excès de désir (hypersexualité)

(Réponse : ACD)

QCM

QUESTION 3/5 :

Concernant les troubles sexuels chez la femme :

- A** - L'anaphrodisie est le trouble le plus simple à traiter
- B** - Un vaginisme secondaire est toujours lié à une cause organique
- C** - Les médicaments le plus souvent responsables sont les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine et les neuroleptiques
- D** - Une dyspareunie profonde peut être liée à une cause en dehors de la sphère sexuelle

E - Une bride hyménéale peut être à l'origine d'une dyspareunie de présence

(Réponse : CD)

QCM

QUESTION 4/5 :

Les paraphilies :

A - Une paraphilie est toujours source de souffrance personnelle

B - Les paraphilies sont plus fréquentes chez les hommes

C - Certaines paraphilies exposent à des crimes ou délits sexuels

D - Une thérapie hormonale est le traitement de référence des paraphilies

E - Une thérapie comportementale peut donner de bons résultats chez certains paraphiles

(Réponse : ABCE)

QCM

QUESTION 5/5 :

Le transsexualisme :

A - Le transvestisme fétichiste est la manifestation clinique la plus caractéristique des troubles de l'identité sexuelle

B - Le trouble d'identité est associé à des troubles de l'humeur et des passages à l'acte suicidaire

C - La transformation hormono-chirurgicale est proposée à ces sujets le plus tôt possible pour éviter de longues souffrances et des complications de leurs troubles

D - L'évaluation endocrinologique n'est utile que dans le transsexualisme secondaire

E - Les enfants avec des troubles pouvant évoquer un trouble d'identité sexuelle sont traités par des hormones

(Réponse : B)

Cas clinique

Scénario :

Vous recevez en consultation un homme de 34 ans et sa partenaire de 20 ans. L'homme sans antécédent particulier consulte pour des difficultés d'érection. Il ne fume pas. Il ne prend aucun médicament. À l'interrogatoire, il vous explique qu'il n'arrive pas à maintenir une érection suffisamment prolongée. Sa compagne l'interrompt pour vous préciser qu'au début du rapport, l'érection est très rigide, mais qu'il éjacule rapidement après la pénétration sans possibilité d'obtenir après l'éjaculation une deuxième érection. Vous suspectez une éjaculation prématurée. Il s'agit d'un homme déjà marié puis divorcé après six ans de vie commune et 2 enfants. Le patient décrit ce problème comme d'apparition récente. Il est cadre supérieur dans une grande entreprise. Depuis peu, il a rencontré sa nouvelle compagne dans le club de sport dont il est adhérent.

QUESTION 1/8 :

Comment classez-vous cette éjaculation prématurée (justifier) ?

Réponse attendue :

Ici, l'éjaculation prématurée secondaire est la plus probable

Âge du patient

Antécédent de vie de couple, a priori sans trouble sexuels

Nouvelle partenaire avec une différence d'âge significative

QUESTION 2/8 :

Quels éléments recueillir pour évaluer la sévérité ?

Réponse attendue :

Éléments à rechercher à l'interrogatoire :

- Nombre de va-et-vient intravaginaux
- Délai de survenue de l'éjaculation intravaginale
- Retentissement psychoaffectif : nombre de rapports, évitements, frustration

QUESTION 3/8 :

L'examen physique est normal. Demandez-vous le dosage de la testostéronémie ?

Réponse attendue :

Non

Le diagnostic est clinique

Aucun examen complémentaire n'est recommandé dans la prise en charge de l'éjaculation prématurée

QUESTION 4/8 :

Que proposez-vous en première intention à votre patient ?

Réponse attendue :

Traitement non médicamenteux

Décision partagée avec le patient et sa partenaire

Prise en charge sexologique psycho-comportementale avec participation de la partenaire (squeeze, stop and go) (cf. Partie « Connaissances »)

Information du patient sur la physiologie de l'érection et de l'éjaculation

Techniques de relaxation

QUESTION 5/8 :

Le traitement de première intention est décevant. Le couple n'est pas satisfait. Vous perdez votre patient de vue. Il revient vous voir car il a un désir de rencontre de nouvelles partenaires. Il vous demande de l'aide pour améliorer sa maîtrise des éjaculations. Que pouvez-vous lui proposer ?

Réponse attendue :

Traitement médicamenteux

Paroxétine 20 mg 1 cp/j

Informations sur prescription hors AMM

Anesthésiques locaux (Lidocaïne 5 % crème)

Informations sur le risque de MST et le port de préservatifs

QUESTION 6/8 :

Le patient est très satisfait de votre nouvelle prise en charge. Il peut désormais avoir des rapports sexuels satisfaisants. Un jour, il consulte en urgence pour une douleur brutale ressentie lors d'un rapport sexuel. Cette douleur l'a obligé à interrompre son coït. Il a eu une détumescence rapide. Cependant, le gland reste douloureux, un hématome diffus fuse vers les bourses. À l'examen, le pénis est d'aspect bleuâtre avec un corps tuméfié ressemblant à « une aubergine ». Que suspectez-vous ?

Réponse attendue :

Une fracture du corps caverneux

QUESTION 7/8 :

Un examen d'imagerie est-il particulièrement utile ? Dans quel but ?

Réponse attendue :

Une échographie pénienne
Visualisation de la fracture, de l'étendue (diagnostic positif) permet un abord électif si pas de doute sur d'autres lésions
Sinon un « dégantage total » du pénis est recommandé pour explorer toute la longueur des deux corps caverneux

QUESTION 8/8 :

Quel est le mécanisme lésionnel ?

Réponse attendue :

Rupture de l'albuginée des corps caverneux
Mécanisme : plicature de la verge
« Faux pas du coït »

Cas clinique

Scénario :

Une femme de 53 ans consulte pour des douleurs pelviennes lors des rapports. Dans ses antécédents, une hypertension contrôlée, une césarienne à l'âge de 32 ans et une incontinence urinaire d'effort traitée par bandelette de soutènement sous-urétrale (type TOT) deux ans plutôt. Depuis le traitement, elle n'a plus de fuite urinaire à l'effort. Elle fume 1 paquet par jour depuis 30 ans. Les douleurs sont apparues depuis quelques semaines, déclenchées par des rapports sexuels lors des « va-et-vient » coïtaux. Elle très gênée, de même que son mari. La patiente est apyrétique, elle n'a pas de signes fonctionnels urinaires. La BU et l'ECBU sont normaux. Une échographie abdomino-pelvienne récente ne montre pas d'anomalies. L'aspect de la vulve est normal sans douleur à la palpation abdominale.

QUESTION 1/5 :

Quel élément important manque-t-il dans cette observation ?

Réponse attendue :

L'examen vaginal :

- Toucher vaginal
- Examen au speculum

QUESTION 2/5 :

Quel est votre diagnostic précis ?

Réponse attendue :

Dyspareunies de présence

QUESTION 3/5 :

Commentez l'icône 1 (figure 1) ?

Figure 1



Réponse attendue :

Érosion de la paroi vaginale antérieure par la bandelette sous-urétrale

QUESTION 4/5 :

Quel autre examen urologique pratiquez-vous ? Et dans quel but ?

Réponse attendue :

Fibroscope (ou uréthro-cystoscope) uréthro-vésicale à la recherche d'une érosion urétrale

QUESTION 5/5 :

Quelles sont les grandes lignes de votre traitement ?

Réponse attendue :

Traitement étiologique

Excision de la bandelette sous-urétrale

Œstrogénothérapie locale

Discuter le traitement de l'incontinence urinaire à distance

– minimum 6 mois

– par une bandelette biologique (bandelette de fascia-lata, gaine des droits...)

– en fonction du statut de l'incontinence après l'ablation de la bandelette