



par le Dr Pascal LACROIX et le Pr Gérard AMARENCO  
Service de Neuro-Urologie. Hôpital Tenon. APHP

## Les troubles sexuels dans la sclérose en plaques



*Les troubles sexuels sont fréquents au cours de la sclérose en plaques. Les études épidémiologiques montrent qu'environ une femme sur deux et trois hommes sur quatre auront un trouble de la sexualité au décours de l'évolution de la maladie. Ces atteintes de la sexualité majorent le handicap d'autant que la SEP touche préférentiellement les adultes jeunes pendant la période la plus active de leur vie sexuelle et de leur fertilité. Elles déterminent ainsi, souvent, un retentissement*

*important sur leur vie émotionnelle, sociale et en définitive sur leur qualité de vie.*

*Les troubles sexuels peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie. S'ils sont fréquemment observés après plusieurs poussées, ou quand la maladie devient progressive, ils peuvent néanmoins apparaître dès le début de la maladie et parfois même en constituer un symptôme inaugural. Ils sont susceptibles de régresser après une poussée.*

### **De nombreuses manifestations possibles chez l'homme...**

Chez l'homme, le symptôme le plus souvent retrouvé est une instabilité érectile avec une durée d'érection insuffisamment longue pour permettre un rapport satisfaisant et complet. Cette situation peut évoluer vers une perte totale de l'érection pendant les rapports, alors que parfois les érections réflexes matinales sont toujours présentes. Une fatigabilité généralisée avec diminution du désir sexuel est

également décrite de même qu'une diminution de la sensibilité, voire des troubles sensitifs au niveau des organes génitaux. Les troubles de l'éjaculation sont moins fréquents. Il peut s'agir d'une éjaculation très rapide qui est souvent la conséquence de l'instabilité érectile ou bien d'une éjaculation qui se retarde pour devenir parfois absente quelle que soit l'intensité des stimulations. Si l'orgasme reste présent malgré l'absence d'éjaculation cela signifie son caractère rétrograde (expulsion du sperme dans la vessie et non par les voies naturelles).

## ...Mais également chez la femme

Chez la femme, les perturbations de la fonction sexuelle au cours de la SEP ont été moins étudiées et les plaintes sont plus subtiles. Une dysorgasmie avec une abolition partielle ou totale de la sensation orgasmique est la plainte principale décrite par les patientes mais d'autres difficultés ont été constatées notamment une réduction de la libido, une diminution plus ou moins importante de la lubrification vaginale occasionnant des douleurs pendant les rapports, voire des troubles sensitifs au niveau des organes génitaux.

## Un impact psychologique important

Ces troubles de la sexualité ont parfois, chez l'homme comme chez la femme, un retentissement important sur le plan psychologique (dépression, altération de l'image de soi) et altèrent la vie affective du couple. L'anxiété réactionnelle aux difficultés sexuelles, la diminution de la fréquence des rapports sexuels, les conduites d'évitement liées aux situations d'échec sont autant de facteurs qui aggravent ces symptômes sexuels.

## Des troubles encore insuffisamment compris

Les mécanismes exacts des troubles sexuels au cours de la SEP demeurent incomplètement compris et la relation exacte entre les différents symptômes sexuels avec la maladie neurologique n'a pas toujours été clairement établie. Mais l'intervention des facteurs organiques liés aux lésions neurologiques est certaine et prépondérante dans la cause des troubles de la sexualité au décours de la SEP. De nombreux autres facteurs peuvent néanmoins induire ou majorer une dysfonction sexuelle (fatigue, spasticité, difficultés psychologiques ou conjugales, facteurs iatrogènes en rapport avec la prise de médicaments, interférence avec les troubles vésico-sphinctériens et ano-rectaux associés). Tous ces facteurs sont importants à prendre en compte et doivent être systématiquement recherchés et traités.

## L'analyse des signes cliniques : la base du diagnostic

L'évaluation de ces troubles est essentiellement clinique. L'interrogatoire reste le temps principal et indispensable de l'évaluation du trouble sexuel. Il précise le type de symptôme, sa gravité, la gêne occasionnée et son retentissement au sein du couple. La demande du patient ou de la patiente, ses motivations pour un traitement, voire un désir de procréation doivent être analysés et replacés dans leur contexte (harmonie du couple, handicap...).

Au terme de cet interrogatoire détaillé, qui parfois demande la présence du ou de la partenaire, peu d'explorations complémentaires sont demandées. Le plus souvent l'interrogatoire et l'examen clinique suffisent pour porter un diagnostic, évaluer la demande et débiter ainsi une prise en charge adaptée.

Lorsqu'il subsiste un doute sur la cause du trouble sexuel et de son rapport avec l'atteinte neurologique, on peut être amené à réaliser une exploration neurophysiologique périnéale. Il s'agit d'un examen très spécialisé effectué uniquement dans certains centres et qui consiste à explorer électromyographiquement les voies neurologiques impliquées dans le contrôle génito-sexuel. Chez l'homme qui présente une baisse de la libido on peut être amené à prescrire un dosage de la testostéronémie.

## Une prise en charge adaptée à chaque situation

La prise en charge thérapeutique du patient ou de la patiente, toujours adaptée à leurs demandes et leurs motivations, repose essentiellement sur le traitement symptomatique du ou des troubles sexuels. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible de traiter les lésions neurologiques qui déterminent l'atteinte de la fonction sexuelle.

Chez l'homme, il est possible de proposer un traitement pharmacologique de l'érection par un médicament. Les inhibiteurs de la phosphodiesterase n° 5 (Viagra, Cialis, Levitra, Spedra) ont démontré leur efficacité pour les dysérections en rapport avec la SEP mais leur utilisation est parfois limitée compte tenu de leur coût (non remboursés par la sécurité sociale). En cas d'échec du traitement par voie orale ou si l'utilisation des médicaments n'est pas possible (contre-indication, coût, effets secondaires...), on peut conseiller des injections intra-caverneuses de prostaglandine E1 (Edex). Ces injections sont en règle générale très efficaces, faciles d'utilisation après un rapide apprentissage, non dangereuses et remboursées par la sécurité sociale dans un contexte de SEP.

L'anéjaculation est plus difficile à traiter. Il est possible d'essayer un médicament, le chlorhydrate de minodrine (Gutron), ou d'utiliser un vibromasseur pour déclencher l'éjaculation. L'éjaculation prématurée (trop grande précocité de l'éjaculation) peut désormais faire l'objet d'un traitement pharmacologique (Dapoxetine) au-delà de certaines techniques de rééducation périnéale.

Chez la femme, les médicaments n'ont pas pour l'instant fait preuve de leur efficacité dans le traitement des dysfonctionnements sexuels. Pour les problèmes liés à la lubrification vaginale, une crème lubrifiante doit être conseillée. L'utilisation de vibrateurs peut améliorer les troubles orgasmiques. Quand il existe une hypersensibilité vaginale, des antalgiques spécifiques peuvent être utiles.



Chez l'homme comme chez la femme, la prise en charge comporte aussi toujours une écoute spécifique, des informations précises, des conseils sexologiques adaptés...

## En complément des traitements pharmacologiques

Chez l'homme comme chez la femme, la prise en charge comporte aussi toujours une écoute spécifique, des informations précises, des conseils sexologiques adaptés et quand cela est possible, un traitement des symptômes sexuels avec parfois la nécessité d'un soutien psychologique. Le médecin traitant comme le neurologue qui suit la maladie peuvent donner ces informations et ces conseils mais il faut parfois avoir recours à des consultations spécialisées (neuro-sexologie) organisées dans certains centres spécialisés, pour optimiser cette prise en charge.