

Item 40 : Sexualité normale et ses troubles

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
INTRODUCTION.....	3
I La physiologie du rapport sexuel normal (ou eupareunie).....	4
II Causes de difficultés sexuelles	4
III Principaux troubles de la sexualité	5
III.1 Le vaginisme	5
III.2 L'anaphrodisie.....	7
III.3 L'anorgasmie	8
III.4 L'apareunie.....	9
III.5 Les dyspareunies	9
IV Comment aborder un trouble de la sexualité ?.....	11
V Annexes.....	11
Glossaire.....	11
Bibliographie	18
Abréviations.....	19

PRE-REQUIS

- Anatomie des organes génitaux internes et externes.
- Physiologie de l'acte sexuel.
- Comportement humain.
- Déontologie médicale.

OBJECTIFS

ENC :

- Identifier les principaux troubles de la sexualité.
- Dépister une affection organique devant un trouble de la sexualité.
- Savoir aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation.

INTRODUCTION

15 % à 70 % des femmes rapportent des difficultés sexuelles temporaires ou permanentes.

La sexualité est un élément de qualité de vie difficile à apprécier.

Les médecins sont gênés pour aborder scientifiquement la problématique de la sexualité.

Pour que la sexualité féminine soit épanouie, il faut :

- une intégrité anatomique avec équilibre neurohormonal,
- une intégrité vulvovestibulaire, une sensibilité clitoridienne normale,
- une vie de couple épanouie,
- des conditions socioéconomiques favorables,
- une libido intacte, la reconnaissance du plaisir et de l'orgasme.

I LA PHYSIOLOGIE DU RAPPORT SEXUEL NORMAL (OU EUPAREUNIE)

La physiologie du rapport sexuel normal (ou eupareunie (*cf. glossaire*)) comporte 4 phases :

- la période d'excitation avec lubrification et exacerbation du désir,
- le plaisir sexuel avec montée progressive ou rapide vers une phase de plateau,
- l'orgasme unique ou multiple chez la femme,
- la phase de résolution avec sensation de bonheur et de plénitude.

II CAUSES DE DIFFICULTES SEXUELLES

Certaines conditions exposent aux difficultés sexuelles :

- Parmi les antécédents :
 - De traumatismes psychiques souvent provoqués par les abus sexuels pouvant survenir dans l'enfance (harcèlement, attouchements, viols),
 - De traumatismes physiques : malformations, maladie infectieuses, chirurgie génitale, séquelles d'accouchement (neuropathie d'étirement, séquelles d'épisiotomie (*cf. glossaire*), malposition utérine acquise),
 - Tabous éducatifs, image de la sexualité parentale négative,
 - Identification maternelle,
 - Carence affective, absence d'empreinte en terme de tendresse,
 - Empreinte 1^{re} expérience sexuelle négative, adolescente « non prête », pour faire comme les autres, etc. ;
- Image négative de soi :
 - obésité,
 - dépression ;
- Certaines pathologies :
 - Infections génitales : vulvite mycosique ou herpétique,
 - Endométriose (*cf. glossaire*),
 - Lichen scléro-atrophique (*cf. glossaire*) vulvaire ou érosif vaginal,

- Sténose (*cf. glossaire*) post-chirurgicale.

III PRINCIPAUX TROUBLES DE LA SEXUALITE

Il faut bannir définitivement du vocabulaire sexologique le terme de frigidité (*cf. glossaire*) : ce terme est trop galvaudé pour continuer à être utilisé.

Il faut différencier : le vaginisme (*cf. glossaire*) (primaire et secondaire), les troubles du désir (anaphrodisie (*cf. glossaire*) primaire ou secondaire) et les troubles du plaisir (anorgasmie (*cf. glossaire*) primaire et secondaire).

III.1 LE VAGINISME

Le vaginisme primaire est souvent d'origine psychologique. C'est un spasme infranchissable de la musculature périnéale (releveurs de l'anus et adducteurs) rendant impossible l'acte de pénétration vaginale.

À l'origine de ces vaginismes, il y a :

- une éducation sexuelle avec rigorisme religieux, conformisme social, avec culpabilisation des plaisirs du corps,
- un traumatisme affectif : viol, inceste,
- une tendance homosexuelle latente ;
- parfois il s'agit d'un problème psychologique entraînant le rejet du partenaire. Le vaginisme symbolise le refus d'une relation vécue comme état d'infériorité avec un homme que l'on méprise.

L'examen gynécologique est impossible (spéculum (*cf. glossaire*) ou TV) et pourtant, les rapports érotiques sont présents avec désir et plaisir clitoridien.

Le couple est souvent solidaire autour du symptôme, et vit une relation de couple qui peut être satisfaisante, ce qui l'amène à consulter que tardivement lors d'un désir d'enfant.

La prise en charge est sexologique.

Le vaginisme secondaire doit faire rechercher une cause organique par un examen gynécologique complet.

Il est généralement lié à une lésion du vagin.

La pénétration est devenue impossible à la suite d'un traumatisme :

- Traumatisme gynécologique : vaginite mycosique, vaginite à trichomonas (*cf. glossaire*), vaginite atrophique de la ménopause (*cf. glossaire*) ;
- Traumatisme obstétrical : déchirure, épisiotomie mal réparée ;
- Traumatisme iatrogène (*cf. glossaire*) : cobalthérapie (*cf. glossaire*) ;
- Traumatisme associant cause psychique et organique, peur de l'accouchement, brides hyménéales, syndrome de Master et Allen (*cf. glossaire*), éjaculation prématurée, mari passif ou agressif ;
- « traumatisme psychologique » : adultère, choc affectif, décès.

Traitement :

- Traitement spécifique d'une lésion organique.
- En l'absence de lésion organique : séance de traitement psychosomatique :
 - il comprend 2-3 séances avec explication anatomique lui montrant sur des schémas comment est constitué l'appareil génital. Il faut faire prendre conscience à la femme de son appareil génital et l'aider à surmonter son angoisse, puis des séances où la femme explore son corps.
 - elle introduit ensuite elle-même des bougies de Hégar (*cf. glossaire*) de calibre croissant avec exercice de contraction et de relâchement. Quand elle est parvenue à un calibre correct elle est invitée à explorer elle-même sa cavité vaginale avec son index. On lui demande de pratiquer à domicile des exercices de contractions et relâchement des releveurs sur son doigt.
 - les rapports sont possibles quand la femme a fait ce travail personnel sur son corps.

Bougies de Hégar



(Source : Wikipédia. Dilatator [Internet]. Wikipedia; 2007.)

III.2 L'ANAPHRODISIE

L'anaphrodisie est classiquement l'absence de désir.

On distingue :

- **Les anaphrodisies primaires** : c'est une femme qui n'a jamais éprouvé de désir et peut même ignorer la possibilité de celui-ci. **L'interrogatoire** recherchera les facteurs de risques de difficultés sexuelles (cf. plus haut), en insistant sur :
 - **l'histoire familiale**, les conditions de son **éducation sexuelle** ou son absence,
 - **les épisodes traumatisants** de l'enfance ou de l'adolescence. La prise en charge reposera vers une thérapie cognitivo-comportementale avec recours à un sexologue ou neuropsychologue.
- **Les anaphrodisies secondaires** : elles s'installent après une période où le désir existait, elles sont moins bien acceptées.

Les **principales causes** organiques sont :

- **La pilule** favorise quelquefois les troubles du désir :
 - perturbation de l'équilibre hormonal et neuroendocrinien,
 - les composantes psychologiques ne peuvent être éliminées : désir inconscient de grossesse, perte de la maîtrise du choix du moment des rapports sexuels.
- **Les causes endocriniennes** : au moment de la ménopause, certaines femmes ne sont plus attirées par les relations sexuelles : une insuffisance œstrogénique (cf. glossaire) peut être corrigée.

Les causes sont plus environnementales ou psychologiques qu'organiques :

- choc émotionnel de la défloration,
- omission des caresses préliminaires : « Il ne me caresse jamais »,
- impuissance ou éjaculation précoce du mari,
- discours du mari choquant,
- nudité mal acceptée,
- un manque de synchronisation peut être en cause,
- les conditions sociales de la vie du couple peuvent être en cause :
 - une cohabitation déplaisante de la belle-famille,
 - l'exiguïté de l'appartement avec intrusion fréquente des enfants,
- l'infidélité du mari,
- la dépression,
- la stérilité (*cf. glossaire*) : il existe une sensation d'inutilité des rapports ou rapport à date fixe perturbant la sexualité et donc le désir,
- femme ayant subi une hystérectomie (*cf. glossaire*) qui devient frigide avant l'intervention,
- les psychotropes (*cf. glossaire*) : ils permettent de retrouver un équilibre ou entraînent une anaphrodisie.

Le traitement de l'anaphrodisie est difficile :

- Information sur la sexualité,
- Démonstration de la normalité physique pour rassurer,
- Confier la patiente à un sexothérapeute,
- *Traitement adjuvant* : œstrogénothérapie (*cf. glossaire*) dans le cadre d'une anaphrodisie secondaire attribuée à la ménopause.

III.3 L'ANORGASMIE

C'est une souffrance exprimée par la femme ou le couple devant l'absence d'atteinte du plaisir intense qu'est l'orgasme.

L'orgasme est habituellement différencié en orgasme vulvoclitoreux et en orgasme vaginal (*deep orgasm* des Anglo-saxons). Le cerveau est l'organe sexuel essentiel.

En fait le plaisir orgasmique est une acquisition issue d'un processus d'évolution, d'humanisation de la sexualité s'échappant de la nécessité d'une dimension purement reproductrice.

La prise en charge d'une anorgasmie est de ce fait essentiellement psychosexuelle.

La prévention des troubles de l'orgasme peut se poser pour les indications d'hystérectomie pour pathologie bénigne. La conservation du col utérin pouvant être utile aux femmes qui précisent la présence d'un orgasme profond dit de « percussion ».

III.4 L'APAREUNIE

L'apareunie (*cf. glossaire*) est liée à :

- l'absence congénitale de vagin ou syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser (*cf. glossaire*) : trompes, ovaires normaux mais utérus atrophique réduit à deux cornes rudimentaires ;
- un pseudohermaphrodisme (*cf. glossaire*) masculin avec une absence de vagin, d'utérus et la présence de gonades souvent en situation ectopique (testicules féminisants). Il s'agit d'une insensibilité complète aux androgènes (*cf. glossaire*). Il s'agit d'une maladie héréditaire récessive lié au chromosome X. Le génotype est XY, les gonades sont mâles. Le phénotype est féminin à la naissance et le reste à la puberté avec développement des seins et d'une morphologie féminine parfaite hormis l'appareil génital.

Dans ces tableaux, le syndrome de Rokitansky représente 90 % des absences congénitales de vagin, le syndrome d'insensibilité aux androgènes 8 %, l'absence isolée de vagin partielle ou totale 2 %.

Dans tous ces cas il existe un petit récessus inférieur vestibulaire qui dérive de la paroi postérieure du sinus urogénital et dont l'origine est différente des canaux de Muller (*cf. glossaire*). Ce petit vagin est susceptible de se distendre à la suite de rapports naturels persévérants qu'il faut encourager (méthode non opératoire de Franch (*cf. glossaire*)). Si le résultat est insuffisant un clivage intervésico-rectal permettra de créer un néovagin que l'on pourra recouvrir en partie de muqueuse. Dans le cas d'insensibilité aux androgènes par mutation du gène du récepteur, le risque de dégénérescence maligne des gonades impose après la puberté une castration complétée par un traitement œstrogénique substitutif à vie.

III.5 LES DYSPAREUNIES

Les dyspareunie (*cf. glossaire*) s touchent 3 % des couples.

Définition : Ce sont des douleurs déclenchées par les relations sexuelles.

Les facteurs psychiques sont importants. Ce sont des douleurs vraiment liées à la pénétration avec retentissement sur la vie sexuelle et son équilibre psychoaffectif.

On distingue 3 types de dyspareunie :

1) Les dyspareunies superficielles ou d'intromission.

Il faut rechercher :

- une étroitesse pathologique : une bride hyménéale, une hypoplasie (*cf. glossaire*) vaginale, une atrophie vaginale avec au maximum un lichen scléro-atrophique, une myorrachie (*cf. glossaire*) trop serrée des releveurs après une cure de prolapsus (*cf. glossaire*) ;
- des lésions cicatricielles scléreuses du périnée après épisiotomie ou déchirure obstétricale ;
- un herpès (*cf. glossaire*), un eczéma (*cf. glossaire*) vulvaire, une fissure anale (*cf. glossaire*), mycose, bartholinite (*cf. glossaire*)
- des condylomes (*cf. glossaire*).

2) Les dyspareunies de présence

Les dyspareunies de présence sont liées :

- à une vaginite avec état inflammatoire important,
- à une mycose souvent associée à un prurit (*cf. glossaire*) vulvaire,
- à une atrophie muqueuse après la ménopause ou après une castration chirurgicale non traitée,
- à une sécheresse pathologique des muqueuses génitales,
- à un raccourcissement vaginal postopératoire.

3) Les dyspareunies profondes, balistiques ou de choc

Elles ont toujours une cause organique :

- inflammation pelvienne : cervicite (*cf. glossaire*), annexite (*cf. glossaire*), cellulite pelvienne,
- endométriose +++ (rechercher les nodules bleutés du fond vaginal au spéculum et des nodules au toucher des ligaments utérosacrés (*cf. glossaire*)),

- Et parfois, une rétroversion utérine (*cf. glossaire*).

Les dyspareunies profondes nécessitent souvent une cœlioscopie (*cf. glossaire*) pour faire le diagnostic de la cause et en particulier rechercher et traiter l'endométriose.

La dyspareunie peut évoluer vers la guérison quand la cause a été traitée. Une meilleure acceptabilité est permise par les prises en charge de thérapie cognitivo-comportementale, mais parfois l'aggravation se manifeste par apparition d'un vaginisme, d'une anaphrodisie, d'une anorgasmie ou d'une conjugopathie (*cf. glossaire*).

On peut consulter sur ce sujet le site web : <http://www.masexualite.ca>

IV COMMENT ABORDER UN TROUBLE DE LA SEXUALITE ?

Alors que l'infertilité amène très rapidement la femme ou le couple à consulter, la consultation du praticien pour une dysfonction sexuelle est encore un tabou et constitue rarement le motif principal de la consultation en gynécologie. Le sujet est le plus souvent abordé à la fin de la consultation et il faut éviter de répondre : « nous en reparlerons une prochaine fois » ou « cela va s'arranger avec le temps ».

Les médecins n'osent pas demander à leurs patientes si elles ont un problème de sexualité, pourtant il faut penser lors de l'interrogatoire de la malade à lui poser des questions sur sa sexualité. Les troubles le plus souvent invoqués concernent les rapports sexuels douloureux, la frigidité, le vaginisme.

Des enquêtes ont montré que les patientes souhaitent parler de leurs troubles sexuels mais qu'elles s'attendent aussi à ce que leur praticien aborde le sujet. Le problème est que certains médecins ont du mal à aborder ce sujet car ils sont gênés, craignent que les femmes n'interprètent mal leurs questions, que cela prenne du temps ; ils craignent également de ne pas avoir assez de connaissances de solutions appropriées.

Pourtant demander à une patiente ses antécédents sexuels est utile pour la femme et aussi pour le médecin car les réponses peuvent influencer sur les traitements et sur le suivi.

V ANNEXES

GLOSSAIRE

- anaphrodisie : Absence de désir sexuel pendant un rapport sexuel normal. Ce trouble se manifeste par une indifférence totale au coït. Dans l'anaphrodisie

primaire, cette absence de désir existe depuis toujours. Dans l'anaphrodisie secondaire, elle apparaît après une période normale, où le désir existe. Une femme se plaignant d'anaphrodisie ne souffre pas forcément de frigidité ou d'anorgasmie. Seul le désir sexuel manque, il n'y a pas de désir spontané de l'acte sexuel ni de la masturbation. Par contre, lors des rapports sexuels ou lors de la masturbation, cette femme peut tout de même avoir du plaisir ou un orgasme. Son origine est diverse : contexte familial, contexte éducatif, contexte pathologique voire traumatique.

- androgène : Tout composé naturel ou synthétique, généralement une hormone stéroïde, qui stimule ou contrôle le développement et le maintien des caractères masculins chez les vertébrés en se liant aux récepteurs androgènes. Cela englobe aussi l'activité des organes sexuels mâles secondaires et le développement des caractères sexuels secondaires. Les androgènes, qui ont été découverts en 1936, sont également appelés « hormones androgènes ». Les androgènes sont aussi les stéroïdes anabolisants d'origine. Ils sont aussi les précurseurs de tous les œstrogènes, les hormones sexuelles femelles. Le principal androgène, qui est aussi le plus connu est la « testostérone ».
- annexite : Inflammation des annexes de l'utérus, plus couramment appelée salpingo-ovarite.
- anorgasmie : Absence réitérée et persistante d'orgasme (définition du DSM-III), le désir étant conservé, contrairement à ce que l'on retrouve dans l'anaphrodisie. Cette pathologie souvent attribuée exclusivement à la femme se rencontre également chez l'homme mais de façon plus rare.
- apareunie : Impossibilité d'accomplir l'acte sexuel.
- bartholinite : Infection de la glande de Bartholin qui survient sur le mode aigu et qui est particulièrement caractéristique. Les deux glandes de Bartholin situées au niveau du tiers postérieur des grandes lèvres dont les sécrétions filantes, incolores et lubrifiantes qui facilitent la pénétration du pénis lors des rapports sexuels.
- bougies de Hégar : Bougie de Hégar ou dilateur de Hégar : Bougie métallique permettant de dilater le canal du col utérin.
- canaux de Muller : Lors du stade indifférencié du développement de l'appareil génital, il y a formation de voies génitales doubles : canaux de Wolff et canaux de Müller. Chez l'humain, ce stade a lieu à la 6ème semaine embryonnaire. Lorsque l'embryon possède des testicules, ces derniers vont sécréter deux hormones : la testostérone, par les cellules de Leydig, et l'Hormone Anti-Müllérienne (AMH) par les cellules de Sertoli. Lorsque l'AMH est sécrétée, on assiste à une dégénération (ou involution) des canaux de Müller et la testostérone entraîne le développement des voies génitales mâles. Lorsque l'embryon est génétiquement une femelle, l'hormone

AMH n'est pas sécrétée et donc les canaux de Müller ne dégénèrent pas, ils vont se développer en voies génitales femelles, et la testostérone n'étant pas produite, elle ne permet alors pas le maintien des canaux de Wolff qui eux vont régresser.

- cervicite : Inflammation du col de l'utérus d'origine virale, bactérienne, ou parasitaire. Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible, gonocoques et chlamydiae étant principalement en cause.
- coelioscopie : Coelioscopie ou laparoscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (coelioscopie proprement dite) et d'intervention (coeliochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- cobalthérapie : En radiothérapie, emploi d'une substance radioactive, le cobalt, qui émet des rayons gamma de haute énergie que l'on dirige vers les tumeurs situées profondément dans le corps en vue de détruire des cellules cancéreuses.
- condylome : Excroissance indolore touchant la peau ou les muqueuses des régions anale et/ou génitale. L'aspect le plus fréquent des condylomes les font surnommer « crêtes de coq », mais les lésions peuvent parfois être planes et même rester non visibles à l'œil nu. Les condylomes représentent une affection de plus en plus fréquente, et se rencontrent surtout chez les jeunes. Cette maladie est causée par un virus (papillomavirus) dont la transmission est essentiellement sexuelle.
- conjugopathie : Souffrance pathologique due aux mauvaises relations dans le couple.
- dyspareunie : Dyspareunie ou algopareunie : Douleur de nature et d'intensité variables ressentie lors des rapports sexuels. Presque systématique lors du premier rapport vaginal due au déchirement de l'hymen. Elle devient en revanche incapacitante lorsqu'elle a lieu à tous les rapports suivants. Les douleurs peuvent être les symptômes de pathologies le plus souvent bénignes mais parfois graves, aussi est-il fortement conseillé de demander l'avis d'un médecin gynécologue qui, seul, pourra répondre à toutes interrogations, poser un diagnostic et envisager un traitement.
- eczéma : Maladie de la peau mal connue, inflammatoire non contagieuse. On distingue deux grands types d'eczéma : l'eczéma atopique, caractérisé par une prédisposition génétique et son association avec d'autres allergies et touchant principalement les jeunes enfants, et l'eczéma de contact, plus fréquent chez l'adulte, qui est une réaction allergique d'hypersensibilité immunologique cellulaire au contact d'une substance donnée. Il existe également une forme d'eczéma de contact dit irritatif, où les mécanismes de frottements répétés agissent en provoquant une

réaction inflammatoire qui aboutit au même tableau clinique que les autres formes d'eczémas. Bien que le mécanisme n'ait pas encore été mis à nu, un grand consensus existe pour associer, au moins partiellement, l'état de stress à l'importance des manifestations de la majorité des cas d'eczéma atopique.

- Endométriose : Présence de cellules endométriales en dehors de la cavité utérine (cavité péritonéale et ovaire). L'endométriose est une maladie bénigne mais incurable, encore mystérieuse pour la communauté médicale. Ni son origine, ni son remède ne sont déterminés à ce jour, bien que plusieurs hypothèses aient été émises (notamment le rôle du reflux d'endomètre par les trompes de Fallope dans la cavité pelvienne, lors des règles). 80 % des endométrioses ont une localisation ovarienne. Les lésions d'endométriose, outre la sphère gynécologique, peuvent également se situer sur les organes digestifs, dont le rectum, sur la vessie, voire sur les reins. Dans de rares cas, des atteintes pulmonaires se produisent.
- épisiotomie : Acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant. Cette incision a idéalement pour but de sectionner le muscle releveur de l'anus.
- eupareunie : Conditions normales de l'accomplissement de l'acte sexuel qui apparaissent acceptables pour les deux partenaires. L'eupareunie s'oppose à la dyspareunie qui représente un acte sexuel douloureux pour la femme, sans qu'il n'y ait contracture de la vulve.
- fissure anale : Petite crevasse ou lésion superficielle, située sur la paroi du canal anal (à la base du rectum). Elle survient fréquemment chez les adultes, en raison de crises de constipation répétées, de selles dures, de diarrhée ou, plus rarement, de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou de certaines pratiques sexuelles, comme la sodomie. Les fissures anales sont également fréquentes chez les bébés de 6 mois à 2 ans, mais rares chez les enfants plus vieux. La fissure anale cause des douleurs vives et des saignements légers, particulièrement au moment des selles. Dans la très grande majorité des cas, elles peuvent se résorber sans faire appel à la chirurgie.
- frigidité : Absence de plaisir lors des relations sexuelles. C'est un trouble qui peut concerner les hommes ou les femmes, mais pour les hommes, on parlera plutôt d'impuissance sexuelle.
- herpès : Maladie virale chronique responsable d'éruptions cutanées récidivantes et portée par le virus Herpes simplex. Elle représente également la première cause d'ulcérations génitales en Europe principalement. L'herpès génital favorise la transmission du virus du sida.

- hypoplasie : Hypoplasie ou hypoplastie : Arrêt du développement ou développement insuffisant d'un tissu ou organe. La plupart des causes d'hypoplasie sont des maladies génétiques.
- hystérectomie : Acte chirurgical qui consiste à enlever tout ou une partie de l'utérus. On parle d'hystérectomie totale si elle comprend le corps et le col utérins (avec annexectomie (hystérectomie non conservatrice)). Elle est dite subtotale si on laisse en place le col utérin. On dit aussi hystérectomie « conservatrice » ou « interannexielle » si les ovaires et les trompes de Fallope sont laissés en place.
- iatrogène : Iatrogénie ou iatrogenèse : Aggravation de la pathologie traitée ou apparition d'une nouvelle maladie, d'un état, d'un effet secondaire, etc., provoquée par un traitement médical, prescrit par un médecin ou par d'autres professionnels de la santé (par exemple un pharmacien).
- Lichen scléro-atrophique : Maladie chronique de la peau et des muqueuses touchant principalement les zones génitales de l'homme et de la femme. Il peut apparaître à tout âge mais surtout après la ménopause. À ce jour, la cause de cette maladie n'est malheureusement pas connue. Le lichen scléro-atrophique se traduit par un prurit vulvaire (démangeaisons surtout nocturnes), la peau devient d'une couleur blanchâtre, nacré, se fragilise et s'atrophie avec le temps (ex : effacement des lèvres, disparition du clitoris, etc.). Le lichen peut être localisé ou s'étendre aux régions périnéale et péri-anale. Les rapports sexuels en deviennent altérés à cause des douleurs pendant et après l'acte (fissuration de la peau, saignements). Les seuls traitements existants sont des crèmes à fort dosage en cortisone et pour les hommes la circoncision peut être bénéfique. Un lichen non ou mal soigné peut, dans certains cas, se transformer en cancer. Le lichen peut être traité mais avec un traitement de longue durée, un an plus suivant les cas.
- ligaments utérosacrés : Ligament utérosacré : Ligament qui unit le col de l'utérus au sacrum et se confond avec le bord supérieur de la lame sagittale sacro-recto-génito-vésico-pubienne.
- ménopause : Arrêt des règles. Lors de la ménopause la femme ne possède plus suffisamment de follicules car ceux-ci ont été soit utilisés pour le cycle ovarien soit les cellules folliculaires ont dégénéré par le phénomène d'atrésie folliculaire. On la divise en plusieurs étapes : périménopause (période d'irrégularités des cycles menstruels précédant la ménopause et l'année qui suit l'arrêt apparent des règles) ; post-ménopause (ménopause confirmée). La ménopause survient en moyenne à l'âge de 51 ans en France.
- méthode non opératoire de Franch : Dilatation instrumentale de la cupule vaginale à l'aide de bougies, dépendant de l'élasticité de la cupule.

- myorrhaphie : Suture d'un muscle déchiré ou sectionné. La myorrhaphie est utilisée dans de nombreuses pathologies : stabilisation dynamique de la tête humérale (épaule), réparation des prolapsus génitaux (paroi du vagin), traitement des rectocèles, etc.
- prolapsus : Prolapsus génital ou descente d'organes : Déplacement anormal d'un ou de plusieurs organes du pelvis féminin vers le bas.
- prurit : Symptôme fréquent (notamment en dermatologie) qui recouvre une sensation de démangeaison de la peau, le plus souvent en rapport avec des lésions dermatologiques (parfois aussi sans cause connue : c'est le prurit « sine materia »). Il constitue le principal signe fonctionnel en dermatologie.
- pseudohermaphrodisme : Ensemble de pathologies qui se distinguent par des anomalies de la différenciation sexuelle. Il ne faut pas les confondre avec l'hermaphrodisme qui voit cohabiter chez un même individu les deux types d'organes génitaux (masculin et féminin).
- psychotrope : Substance qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux, sans préjuger de sa capacité à induire des phénomènes de dépendance, ni de son éventuelle toxicité. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, un psychotrope induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience (états modifiés de conscience) ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales.
- rétroversion utérine : Utérus orienté vers l'arrière, alors que normalement il devrait se trouver couché sur la vessie. Le corps de l'utérus est couché sur la vessie, s'il est trop penché en avant il est dit antéversé. Si le corps de l'utérus part vers l'arrière, il est dit rétroversé. L'utérus rétroversé est loin d'être exceptionnel puisqu'on estime que 20 à 30 % des femmes ont cette variante anatomique. Médicalement ça peut donner plus de douleurs au moment des règles, une petite gêne lors des rapports. Pendant la grossesse, il peut y avoir une gêne pendant l'accouchement car le bébé appuie sur l'arrière. On n'opère ce genre d'utérus pour le redresser que s'il y a vraiment beaucoup de douleurs.
- spéculum : Outil médical généralement en métal ou à usage unique en plastique permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- Sténose : Modification anatomique qui se traduit par un rétrécissement d'une structure (canal, vaisseau).
- stérilité : État involontaire d'un individu inapte à concevoir un enfant.
- œstrogénique : strogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par

le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.

- œstrogénothérapie : Thérapie basée sur l'administration d'œstrogènes.
- syndrome de Master et Allen : Douleur pelvienne permanente, exagérée en position debout et en cas de fatigue. Il existe également une dyspareunie balistique (douleur lors des rapports sexuels, notamment lorsque le pénis est introduit le plus profondément possible) et une hypermobilité douloureuse du col lors de l'examen clinique. La cause généralement à l'origine de ce syndrome est un accouchement traumatique d'un gros bébé ou d'un traumatisme, entraînant des lésions anatomiques : rupture conjonctive des ligaments utéro-sacrés et déchirure du ligament large. La coélio-scopie confirme le diagnostic. Le traitement est chirurgical et consiste à raccourcir les ligaments ronds.
- syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser : Absence congénitale totale ou partielle de vagin et d'utérus mais avec des trompes et des ovaires normaux.
- trichomonas : *Trichomonas vaginalis* : Protozoaire flagellé (animal microscopique constitué d'une seule cellule, ayant la forme d'une poire dont le corps est muni de 3 à 5 flagelles, sorte de cil) et qui mesure environ 7 à 10 micromètres mais peut atteindre parfois une longueur de 25 micromètres. Il s'agit d'un parasite des cavités naturelles.
- vaginisme : Contraction musculaire prolongée ou récurrente des muscles du plancher pelvien qui entourent l'ouverture du vagin. Sa source est toujours psychologique, mais découle souvent d'une source physiologique.

BIBLIOGRAPHIE

- Bianchi-Demicheli F, De Ziegler D. : Traitement pharmacologique des dysfonctions sexuelles féminines : chimère ou réalité ? *Revue Médicale Suisse*. 2005;1(11):749-753.
- Borten-Krivine I. : Difficulté sexuelle chez la femme. *AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine*. 1998; 3-1330.
- Chaperon S. : De l'anaphrodisie à la frigidity : jalons pour une histoire. *Sexologies*. 2007 Jul-Sept;16(3):189-194.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 40 : Sexualité normale et ses troubles. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 59-65.
- Fatton B. : Conséquences sexuelles de la chirurgie du prolapsus. *Progrès en Urologie*. 2009 Dec;19(13):1037-1059.
- Horovitz J, Girard JM, Guyon F. : Troubles de la vie sexuelle chez la femme. *Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France*.
- Lebret T, Hervé JM. : Difficultés sexuelles. *AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine*. 1998; 1-0390.
- Mimoun S. : Dyspareunies. *AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine*. 1998; 6-0590.
- Morcel K, Guerrier D, Watrin T, Pellerin I, Levêque J. : Le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) : clinique et génétique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Oct;37(6):539-546.
- Sarfati Y. : Troubles sexuels et psychiatrie. *AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine*. 1998; 7-0280.
- Senon JL. : Sexualité normale et ses troubles. *Faculté de Médecine, Université de Poitiers*. 2002.
- Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. : Approche symptomatique des douleurs sexuelles chroniques. *Progrès en Urologie*. 2010 Nov;20(12):967-972.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). : Quand faire l'amour est douloureux Le Vaginisme. *SOGC*. 2006.
- Thibaut F. : Troubles des conduites sexuelles diagnostic et traitement. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Psychiatrie*. 2000; 37-105 G10.
- Tignol J, Thibaut F. : Sexualité normale et pathologique. *Université de Rouen*.
- Tordjman G. : Dysfonctions sexuelles du couple. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*. 2001; 166-A-10.

ABREVIATIONS

- TV : Toucher Vaginal