

La dyspareunie n'est pas uniquement féminine

BONDIL Pierre

Service d'urologie-andrologie
Centre hospitalier Chambéry
FRANCE 73011



CIFMS

Montréal

9/2008

Constat (1)



- Epidémiologie des douleurs "sexuelles" =
encore mal connue

Nickel and al BJU Int 2001;95:571-4; Laumann and al Int J Impot Res 2004; Colson and al J Sex Med 2006;3:121-31; 1-19; Hatzimouratidis K et al. J Sex Med 2007, 4: 241-50; Pitts and al J Sex Med 2008;5:1223-9;

- Dyspareunie = la plus étudiée +++ mais
apanage quasi exclusif de la femme

Basson and al J Sex Med 2004; 1: 40-8; Aasvang Pain 2006;122; Lutz J Urol 2005; 174; Laumann Int J Impot Res 2004;

- Pas d'étude épidémiologique disponible sur
dyspareunie chez l'homme à la différence
de la femme

Constat (2)



- Douleurs et revue littérature = rareté des données chez l'homme sauf

Aasvang Pain 2006;122; Lutz J Urol 2005; 174; Laumann Int J Impot Res 2004; Pitts M, Ferris J, Smith A, Shelley J, Richters J: Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian men. J Sex Med 2008; 5: 1223-9.

- La Peyronie
- éjaculation surtout Illie et al BJU Int 2007;99:1335-9

- Medline (male, dyspareunia, pain, intercourse)

- 98% réponses = dyspareunie de la femme
- publications homme = rapport de cas ou séries réduites

Russell Steam Generator J and al : Am J Orthop 2002; 29:879 - 82; Shechet. Am Fam Physician 1999; 60:54-6; Whelan P. Br Med J 1977 dec 24-31; 2 (103): 1633-4.;

Prévalence des douleurs lors du sexe

GSSAB study 13 882 F 13 618 H de 40-80 ans Laumann et al Int J Impot Res 2004

Homme	Europe sud	Asie sud-est
▪ Occasionnellement	2	4
▪ Périodiquement	1.8	7.2
▪ Fréquemment	0.5	0.8
▪ Total	4.4 (DE=12.9)	12 (DE =28.1)
Femmes	Europe sud	Asie sud-est
▪ Occasionnellement	3.4	6.7
▪ Périodiquement	5.4	19.8
▪ Fréquemment	3.1	2.7
▪ Total	11.9	29.2

- Trois plus fréquent F / H, Europe (France, Italie, Espagne, Israel) / Asie sud-est (Indonésie, Thaïlande, Malaisie...) et trois moins fréquent / DE
- Facteurs de risque: a) femme: jeune âge (différences géographiques nettes), mauvaise santé, sexe peu fréquent et relation "trop passagères"; b) homme = non précisé !

Définition dyspareunie et dictionnaire



■ Terme médical défini par

- douleur provoquée chez la femme par les rapports sexuels
Petit Larousse 2005
- "douleur survenant lors du coït chez la femme sans contracture de la vulve"
Dictionnaire illustré des termes médicaux Ed Maloine, Paris 2004
- "douleur persistante ou récurrente lors d'essais ou de pénétration vaginale complète et / ou lors du coït"
Basson and al J Sex Med 2004; 1: 40-8

■ 3 points communs = douleur, femme, rapport sexuel ou coït

Problème de définition



■ Mais... définitions trop restrictives

- Homme peut avoir des douleurs provoquées par les relations sexuelles ou le coït (LP, prostatites...)
- Dyspareunie vient du grec
 - *dus* (difficulté) et *pareunos* (compagnon de lit) ou *Pareunasthai* (coucher auprès)
 - non spécifique à la femme

Dictionnaire étymologique Ed Petit Larousse Paris 1997

Objectifs



1. A notre connaissance, aucune étude épidémiologique n'est actuellement disponible concernant la fréquence de la dyspareunie masculine
2. Pour avoir une idée de son importance, nous avons étudié parmi notre population d'homme consultants en uro-andrologie
 - sa fréquence
 - ses principales caractéristiques clinique
 - Ses modalités de prise en charge (diagnostiques et thérapeutiques)
3. En l'absence d'autres données comparatives épidémiologiques, notre étude n'est valide que comme série pilote

Méthodes (1)



▪ Critères de sélection

- par analogie avec définition précise de la dyspareunie féminine = uniquement douleurs péniennes
 1. chroniques = > 1 mois
 2. survenant exclusivement (ou essentiellement) lors du coït
- exclut
 - autres douleurs génitales (notamment liées à l'éjaculation) Ilie et al BJU Int 2007;99: 1335-9
 - ou d'origine non génitale ++ (rhumatismale, neurologique, post-chirurgicales ou post-traumatique non péniennes ...) Aasvang Pain 2006;122; Ilie BJU 2007;99:1335; Pitts and al J Sex Med 2008;5:1223-9;

Méthodes (2)

- Étude prospective (11/04-8/08) chez des hommes consultant exclusivement pour ce motif
- Diagnostic avant tout clinique
 - symptôme = subjectif = interrogatoire uniquement
 - diagnostic étiologique = interrogatoire + examen clinique verge
- Paramètres étudiés
 - âge
 - mode de recrutement
 - étiologie retenue
 - retentissement sur qualité de vie et globale
 - traitement
 - résultats

Méthodes (3)

- Limites +++
 - uniquement valeur de série témoin pilote
 - pas étude comparative
- Population sélectionnée car biais de recrutement
 - local car service d'urologie d'un centre hospitalier non universitaire (ville moyenne des Alpes recrutant sur 400 000 habitants)
 - régional car centre expert référent en andrologie (La Peyronie ++)

Résultats (1) total = 183 cas

- Pas rare = 5.4 / mois soit un peu plus de 1 CS hebdomadaire
- A tout âge (17-81) avec âge moyen = 48
- Très nette hétérogénéité clinique
 - étiologie = 15 identifiées
 - durée évolution = de 1 à 25 mois
 - médecin adresseur = MG >>> MS (surtout dermatologue ou urologue)
- Délai pour consulter fonction surtout de 4 paramètres
 1. intensité douleur
 2. âge
 3. altération ou non de la qualité de vie
 4. efficacité du 1^{er} traitement (MG habituellement)

Résultats (2) conséquences univoques

- En fonction intensité, durée et personnalité du sujet, dyspareunie masculine peut être responsable (comme chez la femme)
 - réduction ou raccourcissement des relations sexuelles
 - conduite d'évitement des rapports sexuels et de l'intimité
- Impact négatif souvent présent (comme toute douleur / DS chroniques) peut être à l'origine
 - souffrance psychologique
 - nette détérioration vie et qualité de vie sexuelle et globale (H + F)
- Nécessité évaluation systématique impact négatif potentiel (souvent sous-estimé / méconnu) ++

Gordon et al. J Sex Marital Ther 2003;29:45-58; Desrosiers M et al J Sex Med 2008; 5: 418-27; Rosen et al J Sex Med 2008;5:1977-84

Resultats (3)

Etiologies par ordre de fréquence $n=183$

1. La Peyronie = 74 (40.5%)
2. post-traumatique = 49 (27%)
3. dermatologique = 28 (15%)
4. mécanique = 12 (6.5%)
5. iatrogène = 10 (5.5%)
6. idiopathique = 10 (5.5%)



- Diagnostic étiologique = facilement fait par la seule clinique dans la quasi-totalité des cas (173/183 = 94.5 %)
 - 1 seul cas sans hypothèse diagnostique étiologique
 - investigations paracliniques = rarement nécessaire

Résultats (4)

3 étiologies principales = 82.5 % cas

- La Peyronie = 76 (40.5%)
 - douleur = phase inflammatoire aigüe = IICC multisite hebdomadaire
 - 74 % guérison / amélioration en 1.2 mois +++ Demey et al. Prog Urol. 2006; 16: 52-7
 - argument fort pour action locale du corticoïde car durée habituelle douleur: 6 à 18 mois ! Dahle Eur-Urol 2006;49:946-9; Mulhall J urol 2006;175: 2115-8
- Post-traumatique = 49 (27%)
 - rupture partielle / complète du frein 38
 - érosions cutanées balano-préputiales 6
 - traumatisme caverneux mineur méconnu (nodule, zone douloureuse) 5
- Dermatologique = 28 (15%)
 - lichen scléroatrophiques 22
 - balanite chronique 5
 - lymphangite dorsale 1
 - si doute ou durée > 1 mois = avis dermatologique spécialisé demandé

Eke BJU 2002; 89: 273; Dahlan-Ghozlan J Amer Acad Dermat 1999;40:451; Deveci J Sexella J Sex Med 2007;4: 226

Douleur et LP = altération réelle QdV

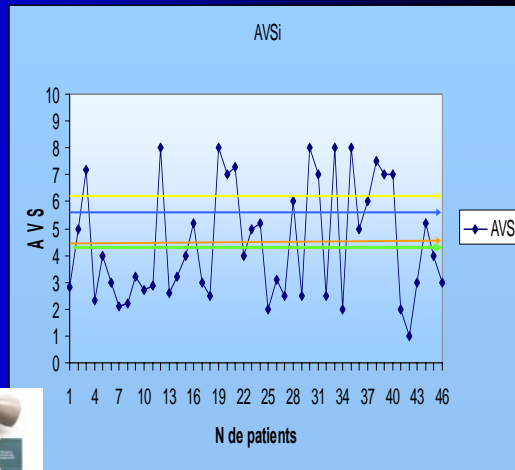
Littérature EVA et LP: score EVA moyen = 5.23

	n	âge moyen	EVA mi
Bondil AFU 2007*	46	54.2	4.45
Brake BJU 2001*	19	53	6
Safarinejad J Urol 2007*	214	44.6	5.65
Cavallini Urology 2007**	77	48	4.33**

* tous LP douloureuse

** adapté échelle visuelle: 0 à 3

(6 à 8 PBP sans AL = 2.7)



Injection intra (péri) lésionnelle de corticoïdes IICC

Efficacité identique (total n = 91)

Etude rétrospective (n= 45)

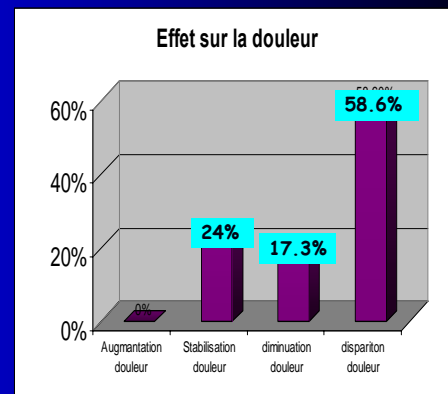
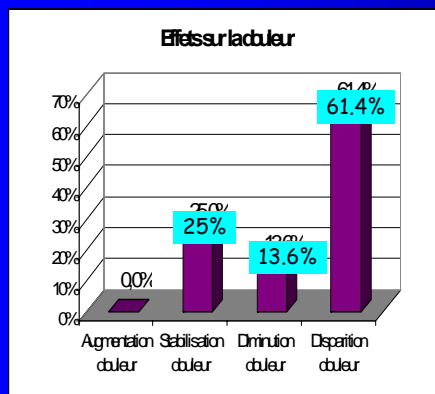
1998-2005

guérison + amélioration = 33 (75%)

Etude prospective (n=46)

2005-2007

guérison + amélioration = 35 (76%)



Baisse objective douleur = 68% EVA mi / mf

Résultats (5)

Iatrogénie = étiologie particulière n=10 (5.5%)

- **Chirurgie pénienne = "à haut risque "**
 - innervation sensitive gland
 - "sur-représentation" symbolique du phallus
 - rôle aggravant des érections spontanées

- **Remarques**
 - critères sélection plus spécifiques = douleur chronique > 2 mois
 - meilleur traitement = préventif (rigueur indications/techniques et information patient)

w

Résultats (6)

Etiologies rares n=183

- **Mécanique = 12 (6.5%)**
 - Provoqué par anomalie pénienne anatomique (congénitale ou acquise)
 - 9 phimosis primaires
 - 2 courbures ventrales sévères (1 congénitale et 1 LP)
 - 1 paraphimosis chronique
 - traitement chirurgical = efficace

- **Idiopathique = 10 (5.5%)**
 - vrai idiopathique = exceptionnel (1/183)
 - orientation diagnostique = contexte clinique car absence d'anomalies péniennes
 - hypothèses diagnostiques = 9/10
 - « psychosexuelle » 7
 - contexte neuropathie diabétique 1
 - priapisme chronique 1

Dyspareunie masculine idiopathique psycho-sexuelle = "vaginisme masculin"

- Contexte spécifique
 - jeune (< 30) sans anomalie anatomique franche sauf hypersensibilité gland au toucher sans troubles neurologiques apparent
 - trouble sexuel primaire en règle +++
 - souffrance psychologique sévère +++
- **Douleur pénienne peut être seulement un prétexte**
 - attirer attention
 - ou refuser relations sexuelles pour divers motifs (abus / violences sexuels enfance ?) Pitts and al. J Sex Med 2008;5:1223-9;
- **Ce "vaginisme" masculin nécessite une prise en charge globale (sexo-psychologique++)**
- **Indications chirurgie pénienne = très prudente dans ce contexte**
+++

Conclusions 1

- **Dyspareunie masculine (douleur provoquée par le coït)**
 - commune et partagée H / F
 - motif non rare de consultation dans notre population sélectionnée
- **Prévalence probablement sous-estimée car notre série ne reflète pas la réalité médicale quotidienne**
 - biais de sélection, ignorance (patient / médecin) et guérisons spontanées
 - formes mineures ou transitoires, efficacité des premiers traitements
- **Comme toute douleur chronique, la dyspareunie masculine ne doit être ni négligée ni sous-estimée en raison de son impact négatif potentiel sur la qualité de vie sexuelle et globale à toujours rechercher et analyser**

Conclusions 2

- **Dyspareunie masculine ne peut (doit) plus être négligée car**
 - clinique suffit dans la majorité des cas au diagnostic et à l'orientation étiologique et thérapeutique
 - souvent symptôme révélateur pathologie pénienne sous-jacente (notamment LP et pathologies du fourreau)
 - prise en charge médicale ou chirurgicale = bons résultats dans la majorité des cas avec récupération d'une vie sexuelle satisfaisante
- **Intérêt de la recherche systématiquement si situations étiologiques prédisposantes** (LP, anomalies anatomiques ou dermatologiques péniennes)
- **Recherche de douleurs génitales** (et aussi extragénitales) **devrait être incluse dans le bilan standard de la santé sexuelle**