

Trouble de la libido chez la femme

Jeudi d'Unisanté 9.11.2023

Julien Flückiger, psychologue et médecin assistant, responsable de la consultation de médecine sexuelle (sous la supervision du Pr Bianchi-Demicheli et de la Dre Fornage)

Julien.fluckiger@chuv.ch

Plan de la présentation

- ▶ Qu'est-ce que la libido et le trouble du désir sexuel chez la femme?
- ▶ Importance de la problématique et rôle des médecins de premier recours
- ▶ Causes des troubles de la libido chez la femme et démarche diagnostique
- ▶ Options thérapeutiques
- ▶ Conclusions

Qu'est-ce que le désir sexuel?

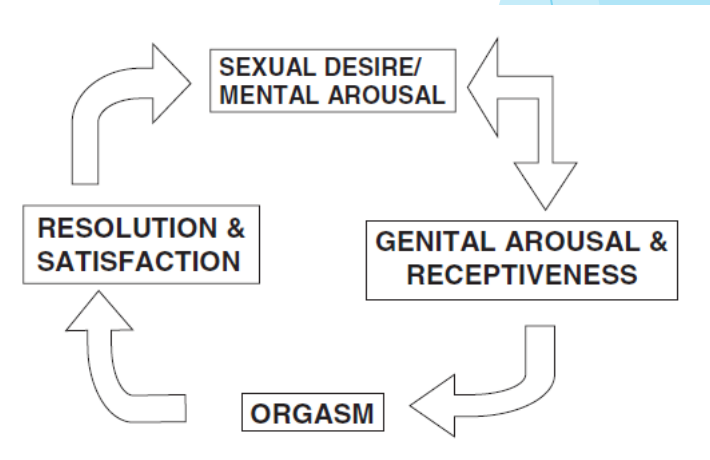
Le désir a plusieurs composantes:

- ▶ Le *drive*, composante essentiellement neurobiologique

Équilibre entre activité excitatrice (dopamine, mélanocortine, ocytocine, vasopressine, noradrénaline) et inhibitrice (opioïdes, sérotonine, endocannabinoides, prolactine)

- ▶ La motivation, composante psychologique, interpersonnelle et socio-culturelle

De plus, il est nécessaire d'avoir une «responsivité» physique et cognitive aux stimuli sexuels



Définitions du trouble du désir sexuel

Trouble du désir sexuel hypoactif (selon la CIM 11)

Le trouble du désir sexuel hypoactif se caractérise par l'absence ou la forte diminution du désir ou de la motivation à pratiquer une activité sexuelle, qui se manifeste par l'un des éléments suivants:

- 1) désir spontané faible ou inexistant (pensées ou fantasmes sexuels)
- 2) désir faible ou inexistant en réponse aux signaux et aux stimulations érotiques ou
- 3) incapacité à maintenir le désir ou l'intérêt pour l'activité sexuelle une fois celle-ci commencée.

La diminution ou l'absence de désir spontané ou réactif ou l'incapacité à maintenir le désir ou l'intérêt pour l'activité sexuelle est apparue de manière épisodique ou persistante sur une période d'au moins plusieurs mois et est associée à une souffrance cliniquement significative.

NB: Distinguer également si primaire ou acquis et si situationnel ou généralisé

Importance de la problématique

Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS)

1356 femmes de 20 à 70 ans de 4 pays européens D/F/GB/I

Incidence des problèmes de désir 11% à 53% vs du trouble du désir hypoactif 6% à 13%

En comparaison les chiffres américains:

Problèmes de désir 22% à 32% vs troubles du désir hypoactif 12% à 19%

Table 1 Proportion of women with female sexual dysfunction by country—% low in desire, arousal, pleasure, and orgasm

% low in:	France	Italy	Germany	United Kingdom
Desire	21	28*	36**	34*
Arousal	23	22	20	24
Pleasure	23	31*	32*	34*
Orgasm	20	18	21	18

* $P < 0.05$ vs. France; ** $P < 0.05$ vs. Italy and France.

Table 2 Proportion of women with female sexual dysfunction by country—% of age groups with low sexual desire

Age	% with low sexual desire		
	20–45 years	46–60 years	61–70 years
France	11	27*	39*
Italy	14	32*	81**
Germany	20	41*	66*
United Kingdom	24	37*	47*

* $P < 0.05$ vs. 20–45 years old; ** $P < 0.05$ vs. 46–60 years old and vs. France.

Table 3 Percentage of women classified with low desire by country and by menopausal status

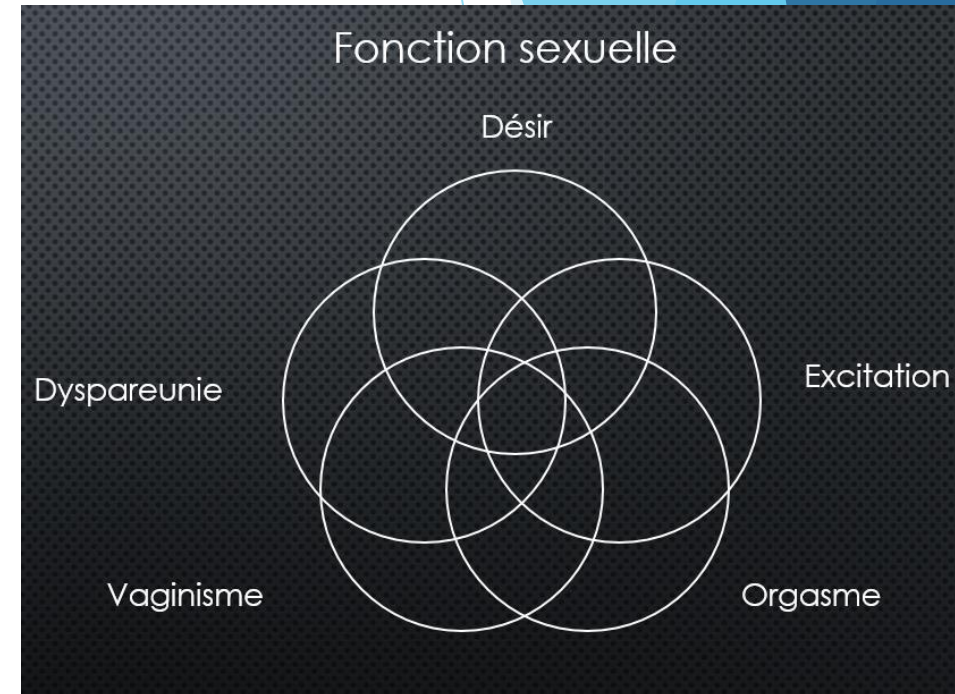
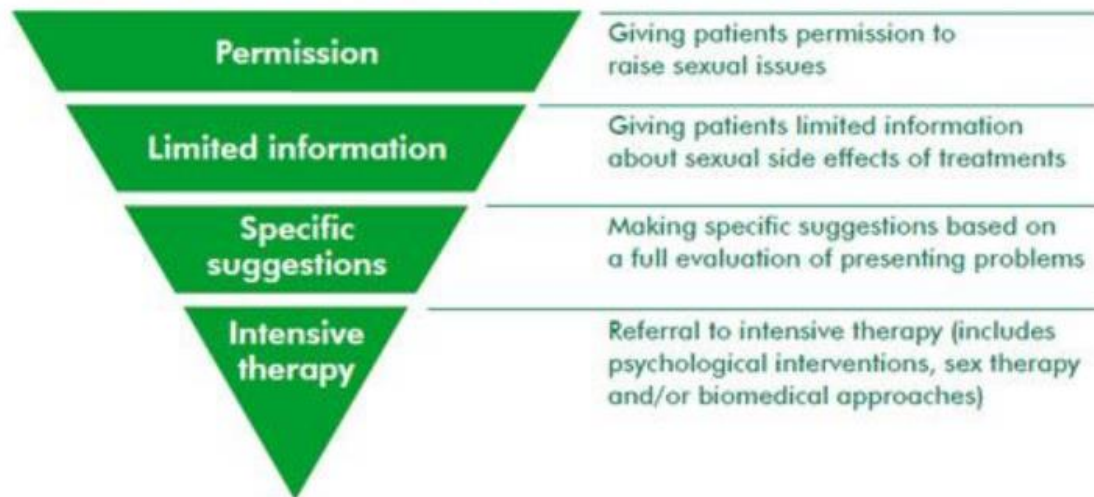
	Menopausal status		
	Premenopause	Surgical menopause	Natural menopause
France	11*	39	26
Italy	12*	44	42
Germany	19*	43	59
United Kingdom	22*	35	48**

* $P < 0.05$ vs. surgical menopause and natural menopause women; ** $P < 0.05$ vs. surgical menopause women base: women with sexual partners.

Rôle des médecins de premier recours

Les difficultés sexuelles sont fréquentes et rarement abordées spontanément par les femmes et les médecins de premier recours!

PLISSIT Model of Addressing Sexual Functioning (Annon, 1974)



Pour ouvrir le dialogue (et guider la prise en charge)

Questionnaire DSDD (Decreased Sexual Desire Screener)

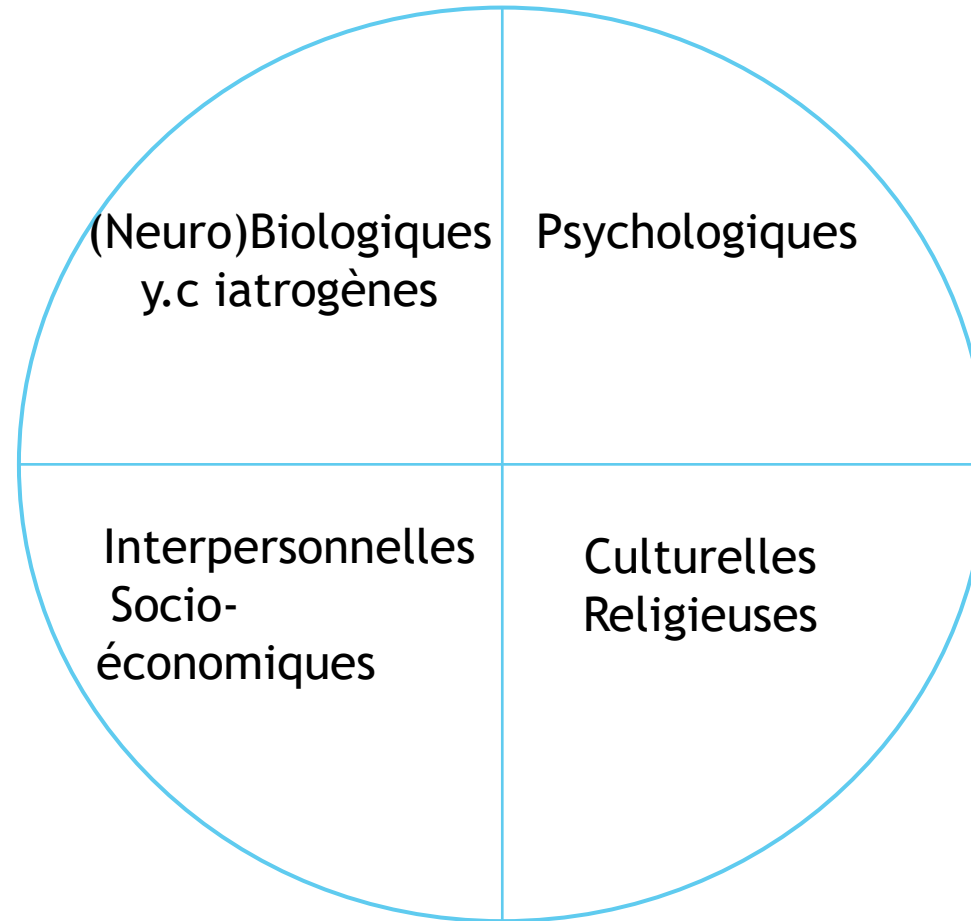
	Oui	Non
1. Trouvez-vous que le désir ou l'intérêt que vous portiez auparavant aux activités sexuelles était suffisant et qu'il était une source de satisfaction pour vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous remarqué que votre désir sexuel ou votre intérêt pour les activités sexuelles a baissé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La baisse de votre désir sexuel ou de votre intérêt pour les activités sexuelles vous préoccupe-t-elle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aimerez-vous ressentir plus de désir sexuel ou d'intérêt pour les activités sexuelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Veuillez cocher tous les facteurs qui, selon vous, pourraient jouer un rôle dans la baisse de votre désir sexuel ou de votre intérêt pour les activités sexuelles que vous vivez actuellement.		
A. Une opération chirurgicale, une dépression, une blessure ou un autre problème médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. La consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Une grossesse, un accouchement récent, des symptômes de ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. D'autres problèmes sexuels (douleur, diminution de l'intensité de l'excitation ou de l'orgasme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Les problèmes sexuels de votre partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Une relation insatisfaisante ou un mécontentement envers votre partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Le stress ou la fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANALYSE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

- Si la patiente répond « **NON** » à l'une ou l'autre des questions numérotées **1 à 4**, elle ne répond pas aux critères définissant la baisse de désir sexuel généralisée et acquise.
- Si la patiente répond « **OUI** » aux questions **1 à 4** et que vous constatez qu'elle a effectivement répondu « **NON** » à tous les facteurs énumérés à la question **5**, elle répond aux critères définissant la baisse de désir sexuel généralisée et acquise.
- Si la patiente répond « **OUI** » aux questions **1 à 4** et « **OUI** » à n'importe lequel des facteurs énumérés à la question **5**, il vous revient de déterminer si les réponses à cette dernière pointent en direction d'un autre diagnostic que la baisse de désir sexuel généralisée et acquise. Les affections concomitantes telles qu'un trouble de l'excitation sexuelle ou de l'orgasme n'excluent pas forcément la coexistence d'une baisse de désir sexuel généralisée et acquise.

Causes des troubles de la libido chez la femme

Facteurs facilitateurs vs
inhibiteurs

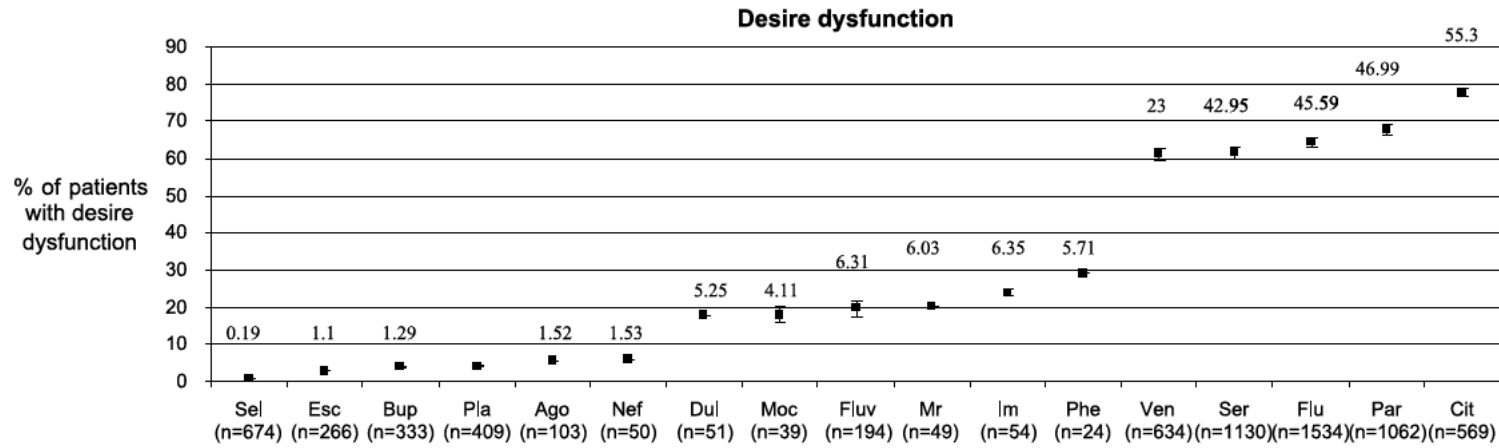


Causes (neuro)biologiques

- ▶ Maladies chroniques plus ou moins fortement associées à des problèmes de désir sexuel (hypertension, maladies neurologiques (SEP, maladies neuromusculaires, Parkinson, démences, épilepsie), diabète, arthrite) et probablement beaucoup d'autres (manque de données)
- ▶ Cancer (gynécologique ou non)
- ▶ Dysthyroïdie
- ▶ Prolapsus génital
- ▶ Incontinence urinaire (vessie hyperactive>incontinence effort)
- ▶ Grossesse
- ▶ Ménopause (particulièrement si iatrogène ou insuffisance ovarienne prématurée)
- ▶ Consommation d'alcool

La santé subjective est par ailleurs un déterminant majeur des troubles sexuels (étude PRESIDE)

Focus sur une cause majeure de problèmes de libido iatrogène: la médication



Une attention particulière doit être portée aux ISRS et IRSN ainsi qu'au finastéride et à l'isotrétinoïne. Même une utilisation ponctuelle antérieure peut avoir un effet sur la fonction sexuelle (*PSSD*)

TABLE 4. Medications Associated With Female Sexual Dysfunction

Medication	Desire disorder	Arousal disorders	Orgasm disorders
Anticholinergics	-	+	-
Antihistamines	-	+	-
Amphetamines and related anorexic drugs	-	-	+
Cardiovascular and antihypertensive medications			
Antilipid medications	+	-	-
β-Blockers	+	-	-
Clonidine	+	+	-
Digoxin	+	-	+
Spironolactone	+	-	-
Methyldopa	+	-	-
Hormonal preparations			
Danazol	+	-	-
GnRH agonists	+	-	-
Hormonal contraceptives	+	+	-
Antiandrogens	+	+	+
Tamoxifen	+	+	-
GnRH analogues	+	+	-
Ultralight contraceptive pills	+	+	-
Narcotics	+	-	+
Psychotropics			
Antipsychotics	+	+	+
Barbiturates	+	+	+
Benzodiazepines	+	+	-
Lithium	+	+	+
SSRIs	+	+	+
TCA	+	+	+
MAO inhibitors	-	-	+
Venlafaxine	+	+	+
Other			
Histamine 2 receptor blockers and promotility agents	+	-	-
Indomethacin	+	-	-
Ketoconazole	+	-	-
Phenytoin sodium	+	-	-
Aromatase inhibitors	+	+	-
Chemotherapeutic agents	+	+	-

GnRH = gonadotropin-releasing hormone; MAO = monoamine oxidase; SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors; TCA = tricyclic antidepressants; + = yes; - = no. Adapted from *Fertil Steril*,⁵⁴ with permission from Elsevier.

Causes psychologiques

- ▶ Troubles de l'humeur (dépression, anxiété)
- ▶ Image corporelle (influencée notamment par l'âge et le status ménopausique!)
- ▶ Abus de substances récréatives
- ▶ Traits de personnalité (anxiété «trait», distractibilité élevée, faible estime de soi notamment)
- ▶ Antécédents de violence
- ▶ Etat de stress post-traumatique
- ▶ Fatigue, stress

Causes interpersonnelles, socio-économiques

- ▶ Fatigue, stress
- ▶ Problèmes relationnels
- ▶ Manque de compétences communicationnelles en matière de sexualité
- ▶ Enfants en bas âge («privacité»; qualité du sommeil; stress)
- ▶ Problèmes sexuels des partenaires

La qualité relationnelle est un des déterminants majeurs de la fonction sexuelle.

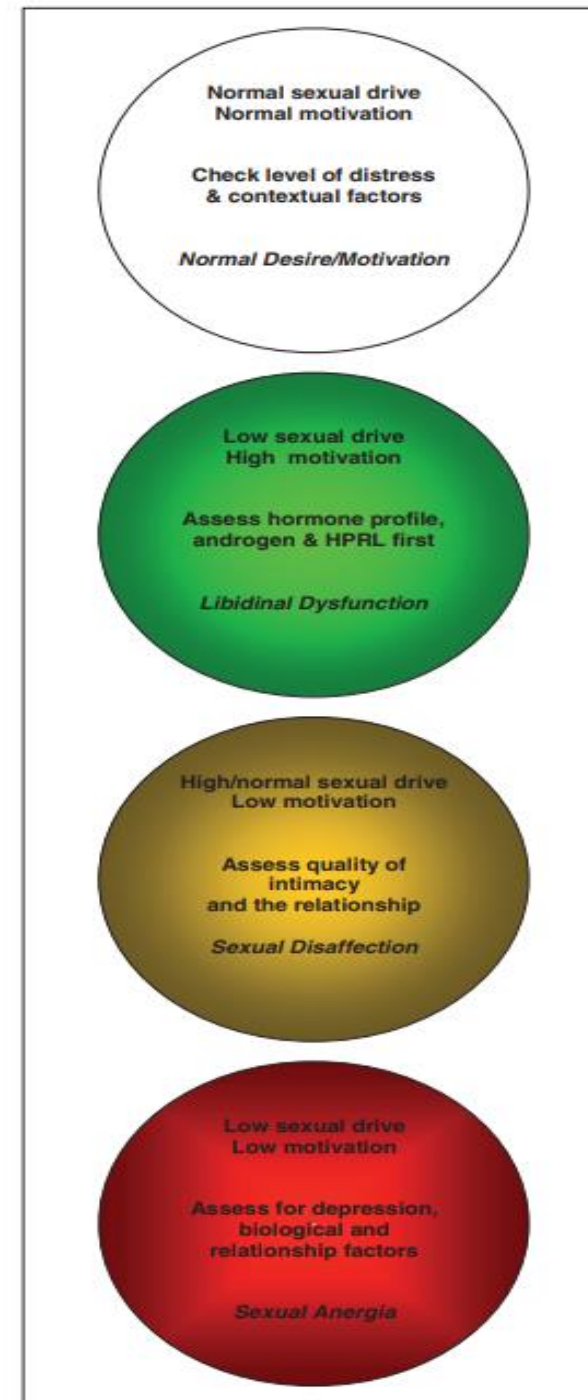
Causes culturelles, religieuses

- ▶ Education «restrictive», où la sexualité n'a qu'une fonction reproductive
- ▶ Absence d'éducation sexuelle
- ▶ Contexte social (désir très variable d'un pays à l'autre!)
- ▶ Mutilation génitale féminine

Démarche diagnostique

En plus de l'anamnèse médico-chirurgicale (y compris gynécologique), médicamenteuse et psychiatrique une anamnèse sexuelle est importante et permet d'orienter la prise en charge

- ▶ Distinguer problème primaire ou acquis
- ▶ Distinguer problème généralisé ou situationnel (partenaire dépendant/vacances...)
- ▶ La présence de fantasmes, rêves/pensées liées à la sexualité ainsi que le maintien d'une sexualité «solo» sont garants d'un «drive» fonctionnel
- ▶ Rechercher d'autres problèmes sexuels
- ▶ S'enquérir du caractère agréable (ou non) des rapports



Quels examens complémentaires effectuer?

En cas d'anamnèse médico-chirurgicale et médicamenteuse sans point d'appel, des dosages hormonaux peuvent être pertinents en cas de trouble du cycle (PRL, TSH, E2, FSH, LH, testostérone totale...et effectuer à minima un test de grossesse urinaire!)

S'il coexiste d'autres plaintes sexuelles (excitation/orgasme/dyspareunie) et/ou gynécologiques, un examen clinique spécialisé est alors indispensable

Condition	Assessment
Clitoral adhesions/phimosis or clitoral atrophy	Visual examination under magnification
Urethral meatal prolapse, telescoping of urethral meatus	Visual examination under magnification
Vulvodynia	Assess sensitivity to pressure with cotton swab around vestibule from 1-o'clock to 11-o'clock positions
High-tone pelvic floor dysfunction	Manual examination
Labial resorption; vulvar, vestibular, or vaginal atrophy	Visual examination under magnification, vaginal smear (wet mount)
Vulvar dystrophies and dermatoses	Visual examination under magnification, biopsy if needed
Pudendal nerve disorder	Assess tenderness at ischial spine, assess tenderness of pelvic floor muscles
Lumbar-sacral spinal pathology	Quantitative sensory testing, bulbocavernosus reflex latency testing, magnetic resonance imaging of lumbar and sacral spine

NB: Le prolapsus génital est également un facteur associé aux problèmes de désir!

Options thérapeutiques de première ligne

En premier lieu, il faut prendre en charge toutes les (psycho)pathologies ainsi que les problématiques relationnelles et socio-culturelles associées aux troubles du désir (indication large à la psychothérapie notamment)

Favoriser également l'implémentation de modifications hygiéno-comportementales (notamment sommeil, alimentation/hydratation, activité physique)

La psychoéducation sur la fonction sexuelle en général et sur les problématiques anamnestiques pouvant contribuer aux difficultés présentes constituent la première étape du traitement sexologique

Traitements médicamenteux hormonaux

- ▶ Traitement hormonal de la ménopause (en cas de symptômes notamment vaso-moteurs impactant la qualité de vie sexuelle)
- ▶ Traitement hormonal oestrogénique topique en cas de SGUM
- ▶ Tibolone (off label!)
- ▶ DHEA systémique: aucune donnée pour efficacité sur la fonction sexuelle sauf chez les femmes souffrant d'insuffisance surrénalienne.
La DHEA topique (Intrarosa) est par contre utile en cas de SGUM

Focus sur le traitement de testostérone

- ▶ Off label! Pas de formulation «pour femmes» en Suisse
- ▶ Selon guideline de l'ISSWSH de 2021: uniquement pour les femmes ménopausées avec un taux de testostérone totale inférieur aux valeurs hautes APRES le traitement de première ligne (moins de données pour femmes en péri-ménopause mais rassurantes)
- ▶ Concrètement: mesure de la testostérone totale (uniquement) en début de traitement ainsi que la SHBG (déterminant partiel de la réponse au traitement) puis après 3-6 semaines pour vérifier la réponse puis aux 4-6 mois (après 6 semaines si adaptation de la dose)
- ▶ Posologie 5mg/j (correspond à ½ push de Tostran ou 1/5 de paquet de Testogel (pas de place pour le traitement oral ou injectable et plus de patch disponible...))
- ▶ Effet dès 4 semaines mais en général vers 6-8 semaines, effet maximal à 3 mois. Pas de poursuite du traitement si pas de réponse après 6 mois.
- ▶ Durée maximale étudiée quant à sécurité: 2 ans

Traitements non hormonaux (non disponibles en Suisse)

- ▶ Flibansérine (agoniste 5HT1A et antagoniste 5HT2A)

1 cpr/j

- ▶ Bremelanotide (agoniste récepteur mélanocortine de type 4)

Injection sous-cutanée environ 45min avant le rapport

Uniquement pour les femmes en période reproductive

Conclusions

- ▶ La prévalence des problèmes de désir est importante, tout comme celle des problèmes sexuels et encore trop peu discutée lors des consultations
- ▶ Discuter de sexualité est une excellente opportunité d'aborder le thème des violences ainsi que de l'identité de genre!
- ▶ Une anamnèse bio-psycho-socio-culturelle est fondamentale en médecine sexuelle et il faut toujours s'intéresser à la fonction sexuelle des partenaires
- ▶ L'anamnèse médicamenteuse est fondamentale et toute prise d'antidépresseur même ponctuelle doit être recherchée
- ▶ La collaboration avec les autres spécialistes (notamment psychologue ou psychiatre psychothérapeute/gynécologue) doit être encouragée.

Merci pour votre attention!

