



Psychotropes et sexualité

Maria Carmelita SCHEIBER-NOGUEIRA

Lyon





*Lorsque le sexe se dit il ne se fait pas, et
lorsqu'il se fait, il ne se dit pas*

***La santé sexuelle est l'intégration des aspects
somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être
sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un
épanouissement de la personnalité humaine, de la
communication et de l'amour » OMS - 1975***

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

- La construction de la sexualité est un mécanisme **évolutif** qui concerne tous les âges
- La sexualité ne concerne pas que la génitalité. La sexualité concerne toute la palette de potentialités excitatrices physiologiques et psychologiques qui procurent du **plaisir** à l'individu.
- **Chaque individu est sexué**, quel que soit son âge, quels que soient sa maladie, son handicap, le lieu où il se trouve.
- Un individu peut vivre épanoui sans sexualité. La sexualité n'est pas une obligation.

SEXUALITÉ ET STÉRÉOTYPES SOCIAUX

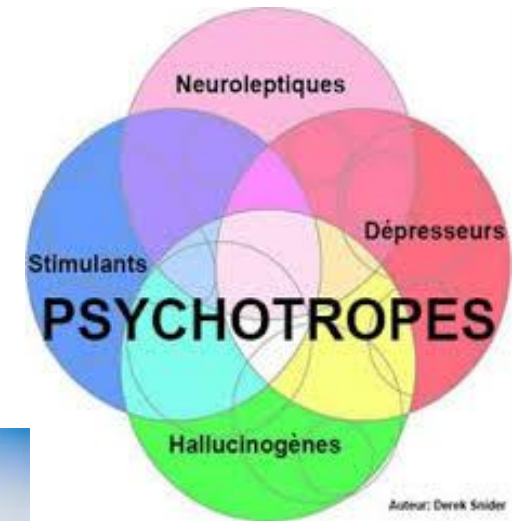
- Les croyances vont dans le sens d'une disparition du désir sexuel chez le vieillard et les malades
- La représentation de la sexualité est centrée autour de la jeunesse, de la forme physique, de la beauté: ainsi, l'âge, le handicap, la maladie sont des motifs « d'exclusion » de la pratique sexuelle
- Mythe encore très enraciné sur l'origine purement psychologique de toute plainte sexuelle
- Honte, tabou, manque d'information, fausses idées, superstitions (*malades et personnel médical*) sont les freins les plus fréquents pour la prise en charge des troubles sexuels

- Chez toutes les espèces animales, le comportement sexuel est dirigé par une interaction complexe hormonal et neurobiologique responsables de l'excitation sexuelle et l'apprentissage sexuel → maturation et compétence sexuel = désir, excitation, performance
- Différents circuits au niveau des ganglions de la base (BG) sont impliqués dans le contrôle des comportements sexuels : leur organisation topographique et leurs projections vers le cortex orbito-Fr, cortex cingulaire antérieur et la région caudal des GB correspondent aux interactions entre les régions impliqués dans les différents domaines de la motivation (manger, boire)

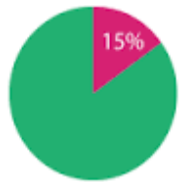


Psychotropes

- Définition (ANSM): substance chimique qui agit sur le système nerveux central en induisant des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur ou de la conscience
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Neuroleptiques
- Thymorégulateurs
- Hypnotiques



- Association fréquente de dysfonctions sexuelles et prise de traitement psychotrope
- Mauvaise observance du traitement si troubles sexuels apparaissent: 73% des patients prenant un antidépresseur arrêtent leur traitement du fait d'une dysfonction érectile.
(Lowentritt 2004)
- Les dysfonctions sexuelles sont une conséquence fréquente de la pathologie psychiatrique elle-même: manque de désir sexuel, problème d'excitation, diminution des sensations génitales, dysfonction érectile et dysfonction orgasmique.
- Dysérection dans population générale = 10 à 19%
 - 37% pour les patients présentant des troubles anxieux,
 - 46% pour les patients souffrant de TOC
 - 35% chez des patients modérément déprimés
 - 90% chez les déprimés sévères !



15 % d'entre nous
ont été, sont ou
seront déprimés

Dépression et sexualité

- Symptomatologie dépressive incompatible avec une bonne qualité de vie sexuelle: tristesse de l'humeur, aboulie, anhédonie, ruminations anxieuses, incapacité à lâcher prise
- Présence de plaintes sexuelles corrélées à la sévérité et à l'ancienneté de l'épisode dépressif
- Distinguer *plaintes sexuelles* et *symptôme sexuel objectif*: Cognition altérée (*auto dévalorisation, pessimisme, sentiment d'incompétence, névrose d'angoisse...*)
- Rencontrer le/la partenaire : impact +++ de la dépression sur la relation de couple

Chez un patient déprimé, le 1er facteur de troubles sexuels est la symptomatologie dépressive

- Mallis et al, 2005; Saiz-Ruiz et al, 2005; Kantor et al, 2002



Antidépresseurs (ATD) et sexualité

- Indications : Episode dépressif caractérisé, Troubles anxieux
- Fréquence de prescription en augmentation constante dont la moitié ne correspond pas aux critères d'AMM
- Plaintes sexuelles chez patients déprimés non traités 65% et chez patients déprimés sous trt: 71%
- Troubles sexuels et conjugopathie corrélés à la sévérité et à l'ancienneté de l'épisode dépressif
- Molécules les + délétères: IRS – IRSNA – tricycliques
- ATD avec moins d'effets néfastes sur la sexualité: les inhibiteurs de la monoamine oxydase A (IMAO), le moclobémide, bupropion, trazodone, agomélatine et la mirtazapine

Plaintes sexuelles et ATD

Patients déprimés sans trt

- Perte libido 54%
- Difficultés orgasmiques: 17%
- Éjaculation précoce: 3,5%
- Dysérection: 25%
- perte lubrification : 26%
- ↓ Fréquence: 26,5%
- Douleur: 10%
- Perte sensitive: 10%

Patients déprimés avec trt

- Perte libido 59%
- Difficultés orgasmiques: 8%
- Éjaculation précoce: 1,8%
- Dysérection: 50%
- perte lubrification: 29%
- ↓ Fréquence: 27%
- Douleur: 10%
- Perte sensitive: 11%

Toutes les phases du cycle de réponse sexuelle
concernées (Etude Elixir, 2003 - Bonierbale, Lançon, Tignol)

ATD et troubles sexuels ♂

- Les antidépresseurs tricycliques, ayant une action anticholinergiques telles l'*amitryptiline*, l'imipramine, la *clomipramine*, favorisent l'impuissance (50% des patients)
- Troubles de l'éjaculation chez 2/3 des patients sous ATD agissant sur la *sérotonine*: tricycliques (en particulier la clomipramine) et les ISRS ► proposés pour traiter l'éjaculation précoce: effet freinateur sur l'éjaculation: *paroxétine* $\geq$ *fluoxétine* $\geq$ *sertraline*
- ATD qui agissent à la fois sur la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (*venlafaxine*, *duloxétine*) retardent également l'éjaculation

ATD et troubles sexuels ♀

- 6000 patients avec trt ATD: les femmes présentaient plus souvent que les hommes des troubles de l'excitabilité mais moins souvent des troubles du désir ou de l'orgasme
- Dysfonctions sexuelles plus fréquentes sous ISRS, en particulier *venlafaxine* ou *escitalopram* (48% de dysfonction), sous *duloxétine* (33%), par rapport au placebo (16%)
- ATD moins délétères sur la sexualité: *bupropion*, *réboxétine*. (Le *bupropion* peut augmenter un peu la libido)

Drogues psychotropes

- Les substances psychotropes comme la cocaïne peuvent agir à titre de stimulant sur le système nerveux central et altérer la réponse et les comportements sexuels: modulation des centres du plaisir et des centres de la motivation → comportements d'hypersexualité motivés par la quête de plaisir
- Equilibre entre effet excitateur des substances psychotropes sur la sexualité et effets négatifs qui pourraient être liés à l'émergence de conditions psychiatriques



- Cocaïne et dérivés: au début de sa consommation, l'individu prendrait plaisir à consommer et n'expérimenterait que peu d'effets secondaires sur sa vie sexuelle, (stimulation des centres du plaisir et de récompense liés à ses effets dopaminergiques)
- La consommation à long terme et en quantité importante ou en concentration élevée des drogues psychotropes favorise le développement de comportements sexuels atypiques ou criminels et réduit la satisfaction sexuelle de l'individu

Les anti psychotiques



- La sexualité des schizophrènes ne s'écarte pas de façon significative de celle des sujets normaux: les dysfonctions sexuelles sont très fréquentes (50 à 80%) et attribuées en partie aux antipsychotiques → ces dysfonctions sont une cause majeure de non-adhérence au traitement
- La sexualité des schizophrènes peut être perturbée par les idées délirantes, les sentiments de persécution, les problèmes de contact, la froideur affective ou les symptômes déficitaires tels qu'une absence d'intérêt et une anhédonie.

- Prise de poids et syndrome extra-pyramidal: facteurs à prendre en compte (patient moins « désirable » et difficultés pour l'activité sexuelle → *rigidité , tremblements*)
- Hyperprolactinémie induite par les antipsychotiques: chez la femme une aménorrhée-galactorrhée ainsi qu'une baisse de la libido et, chez l'homme, une baisse du désir et parfois une impuissance.



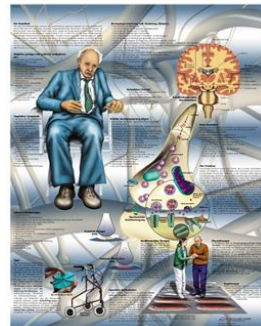
	↑ prolactine	↓ sex	Prise poids	Syndrome parkinsonien
halopéridol	++	++	+	++
risperidone	+++	++	++	+++
Clozapine	+/-	+	++++	0
olanzapine	+/-	+	++++	+
quetiapine	+/-	-	+++	+/-
aripiprazole	-	-	+/-	+/-
ziprazidone	-	-	+/-	+



Les traitements anti-parkinsoniens

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens:

- Troubles urinaires et sexuels fréquents dans l'ensemble des Syndromes extra-pyramidaux mais plus sévères et précoces dans les MSA
- Présence fréquente de comportements sexuels inhabituels et excessifs, des propos à caractères sexuels fréquents, un intérêt marqué pour l'activité sexuelle, un comportement sexuel inapproprié
- Aucune corrélation entre la sévérité du handicap moteur et l'importance des troubles sexuels du patient



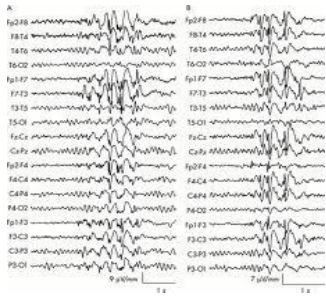
Troubles du comportement sexuel et traitements (*dopa / agonistes dopa*)

- Présence de troubles du comportement sexuel d'origine iatrogène reconnue au cours des dopathérapies, et en particulier lors des traitements par les agonistes de la Dopa et/ou l'apomorphine, ou dans les suites des traitements chirurgicaux (stimulation N. subthalamique
- L'hypersexualité est la plainte la plus fréquente: l'excès du désir est dû à une pulsion intense, hyperactive et dérangeante à la fois pour le sujet et pour les tiers. Demande de rapports ++ difficile voire impossible à suivre par le conjoint
- Comportements inappropriés : frotteurisme, voyeurisme, exhibitionnisme
- Moins fréquemment : zoophilie, fétichisme, travestisme

- ▶ Apomorphine: traitement le plus en cause dans la genèse des troubles du comportement sexuel, en particulier les paraphilies
- ▶ Traitements par agonistes de la Dopa sont plus fréquemment en cause que la dopathérapie isolée, même à forte dose

Apparition des modifications du comportement et de l'hypersexualité dès l'introduction du traitement et proportionnels à la dose

- ▶ Atteinte pré-Frontal = désinhibition (facteur certainement facilitateur mais pas unique facteur à l'origine de l'hypersexualité)
- ▶ Libération d'un « comportement caché »?
Antécédents d'addictions: éthylisme? Novelty seeking? Troubles cognitifs avec perte des « repères »?



Troubles sexuels et épilepsie

- L'association entre l'épilepsie et troubles sexuels est connue depuis longtemps.
- Etiologie incertaine, probablement multifactorielle impliquant facteurs neurologiques, endocriniens, iatrogènes, psychiatriques et psychosociaux.
- Troubles sexuels associés à l'épilepsie peuvent être directement liées aux crises (per-critique), ou indépendants dans le temps de survenue de convulsions (inter critique).
- Typologie des troubles sexuels: hyposexualité, paraphilies, hypersexualité

Traitements antiépileptiques et troubles sexuels

- Différents traitements anti-épileptiques ont une action inhibitrice sur les fonctions sexuelles:
- Gabapentine /anorgasmie
- Topiramate / dysérection
- Valproate / troubles de l'éjaculation
- Phénitoïne et Carbamazépine / ↓ Testotérone bio-disponible avec troubles érectiles et hyposexualité