



Cystite aiguë récidivante : handicapante pour le couple

Considérée comme récidivante à partir de quatre épisodes annuels, la cystite nécessite un bilan étiologique minimal : ECBU, échographie rénale et vésicale et recherche d'un résidu post-mictionnel. Dans la grande majorité des cas, ce bilan est négatif et le germe en cause, *E. coli* dans 90% des cas, est sensible aux antibiotiques habituels. Toutefois, la prise en charge comprend également des conseils hygiéno-diététiques : boire beaucoup, au moins un litre et demi de liquide, si possible en petites quantités, répétées. Par ailleurs, il faut bien prendre soin de vider la vessie complètement et prendre l'habitude de s'essuyer d'avant en arrière en allant aux toilettes (pour ne pas ramener de germes du rectum vers la vulve) et uriner juste après les rapports sexuels. La toilette intime doit se faire normalement, une fois par jour à l'eau et au savon de Marseille ; toilette vaginale, séjours prolongés dans un bain moussant et port de protège-slips sont déconseillés, à cause du risque de destruction de la flore vaginale de défense située à l'entrée du vagin. Les troubles du transit, constipation ou diarrhée, doivent être corrigés, car ils sont synonymes de pullulation bactérienne intestinale, donc de contamination vésicale. La femme doit également éviter le vin blanc et le champagne qui favorisent la croissance des colibacilles en modifiant brutalement le pH-urinaire. Une antibioprophyxie, par furanes ou fosfomycine, est possible, démarrée au décours d'une crise, sa durée est empirique (environ six mois) avec une diminution progressive des doses afin d'éviter les récives. En effet, si la cystite récidivante est une affection bénigne, elle s'avère très perturbante pour la femme et le couple. Un des facteurs déclenchants étant le rapport sexuel, non par contamination mais pas effet mécanique, la cystite peut entraîner des problèmes de couple et à ce titre il est également possible d'utiliser une antibioprophyxie prise uniquement après les rapports sexuels.

QDM, n° 7493, 8 mars 2004.

Préservatif féminin (pfp) : proposer des essais de pose

Bien qu'efficace, ce mode de prévention reste peu utilisé du fait d'une certaine appréhension ressentie vis-à-vis de sa forme et de son adaptation à l'anatomie du vagin.

Commercialisé en France en 1998, malgré son innocuité et son efficacité, il demeure peu diffusé et mal connu des personnels de santé. Une enquête sur deux ans a montré que seulement 5% des personnes en avaient entendu parler, et ce par les médias, un partenaire ou un ami, un enseignant ou un centre de planification familiale, mais pas par un médecin ou un pharmacien. Le suivi a porté sur 82 femmes et 10 hommes qui ont reçu des échantillons de pfp, avec une explication sur le mode d'emploi et le conseil d'effectuer des essais de pose pour se familiariser avec le pfp avant de s'en servir lors des rapports. Le temps mis pour le premier essai est en moyenne de six minutes et diminue dès le deuxième essai. La technique conseillée consiste à placer le pfp au moment d'une excitation sexuelle, de préférence en présence du partenaire, afin de parler avec lui de la possibilité de l'utiliser lors des rapports sexuels. Car, les raisons invoquées pour un arrêt d'utilisation, hormis l'absence de partenaire, sont essentiellement liées au refus et à la non-coopération de l'homme vis-à-vis d'un moyen de prévention considéré comme ayant une image peu érotique. Il faut noter également que les femmes elles-mêmes font preuve de fortes appréhensions sur la non-conformité de leur sexe à des critères esthétiques ou anatomiques circulant dans les médias, tels que sécheresse vaginale, le vagin trop large, l'utérus rétroversé, pour ne citer que ceux-là. Pour qu'il soit plus facilement choisi comme moyen de prévention, le préservatif féminin doit bénéficier d'une meilleure information à son sujet et être proposé à l'essai (2 ou 3 échantillons gratuits) dans les centres MST ou les CDAG, les centres de planification familiale ou les dispensaires médico-sociaux. L'information et la formation des personnels de santé, en particulier médecins et pharmaciens, sont également fondamentales pour faire changer les habitudes dans ce domaine.

QDM, n° 7494, 9 mars 2004.

Sexualité : plus de liberté mais aussi plus de contraintes

Au cours d'une conférence organisée par Pfizer, le sociologue J.-C. Kaufmann a dressé un portrait des contraintes pesant sur la sexualité des hommes d'aujourd'hui : du stress, du stress et encore du stress, etc. si l'évolution des mentalités depuis les années 1960 a ouvert à chacun une plus grande liberté sexuelle, celle-ci s'accompagne d'un contexte de compétition géné-

ralisée où la comparaison permanente est de mise. Les identités, de moins en moins définies socialement, doivent être inventées par chacun, ce qui provoque une fragilisation identitaire. "Aujourd'hui, il faut tout réussir, même ses vacances!". Remise en question permanente et interrogations multiples, sur des sujets autrefois réservés à l'héritage familial et au milieu social d'origine (comme l'éducation des enfants par exemple), s'accompagnent d'une dose importante de stress. Une étude Louis Harris de 2001 montre que le stress touche deux hommes sur cinq, avec un profil type d'hommes de 39 à 45 ans, de catégorie socioprofessionnelle supérieure et pères de famille. Facteur supplémentaire, l'évolution de l'attitude des femmes, perçues comme étant de plus en plus exigeantes, et qui soumet les hommes à la crainte de ne pas être à la hauteur.

QDM, n° 7504, 23 mars 2004.

L'amygdale cérébrale de l'homme et sa vision des images érotiques

À l'IRM fonctionnelle, l'amygdale cérébrale de l'homme est davantage activée que celle de la femme à la vue d'images érotiques. Cela pourrait expliquer pourquoi les stimuli visuels érotiques jouent un plus grand rôle dans le comportement sexuel des hommes. Une équipe américaine a étudié le fonctionnement cérébral de 28 adultes jeunes, dont 14 femmes, pendant qu'il leur était montré des photos érotiques grâce à des lunettes vidéo. Le résultat a montré que l'amygdale, et surtout le noyau amygdalien gauche, et l'hypothalamus, sont davantage activés chez l'homme que chez la femme, même si les femmes avaient signalé une excitation sexuelle égale ou supérieure. Aucune région cérébrale chez les femmes ne s'est révélé avoir une activité plus marquée. Rappelons que l'amygdale humaine est une région limbique connue pour son importance dans les émotions et les motivations en général. Cette étude concorde avec les études chez les rats qui montrent le rôle essentiel de l'amygdale pour l'attraction des mâles envers les femelles. L'hypothalamus est lui aussi plus actif chez l'homme à la vue d'images érotiques. On peut ainsi penser qu'une différence fondamentale entre les comportements sexuels masculin et féminin pourrait être liée à une structure cérébrale spécifique. Reste à savoir si cette différence observée est innée ou acquise, mais la suite logique de cette étude sera d'apprécier l'effet des taux circulants d'hormones sexuelles sur le phénomène observé et le rôle de l'expérience des images sexuelles. Enfin, le Dr Hartmann (université Emory à Atlanta) estime que ces travaux pourraient déboucher sur des traitements meilleurs des cas d'insuffisance de désir et de faible intérêt sexuel.

Nature, Neurosciences, 8 mars 2004,

DOI : 10.1038/n1208

Les femmes ne choisissent pas leur médecin en fonction de son sexe, sauf les plus jeunes

Pour commencer, quelques chiffres : au premier janvier 2003, il y avait en France 201400 médecins en exercice, dont 37,2 de femmes.

D'après un sondage réalisé par Ipsos pour le *Quotidien du Médecin*, la grande majorité des patientes ne choisissent pas leur médecin en fonction de son sexe. Sauf chez les plus jeunes, moins de 35 ans, et quand il s'agit du gynécologue. Alors que seulement 39 % des femmes disent préférer un gynécologue femme, la proportion monte à 51 % quand elles ont moins de 35 ans. C'est une tendance générale chez les jeunes femmes : elles sont cinq fois plus nombreuses à préférer consulter un généraliste femme. Plus timides, réservées, ou au contraire féministes, les jeunes sont aussi plus nombreuses à avouer ne pas oser parler de certains sujets face à un médecin homme. C'est le cas des problèmes personnels, des préoccupations esthétiques, et encore plus pour des problèmes sexuels.

QDM, n° 7493, 8 mars 2004.

Des ovocytes produits à l'âge adulte

Un dogme de la médecine est en train d'être ébranlé : certes, les conclusions ne concernent que les souris, mais l'équipe de J. Johnson, à Boston, a constaté chez ce rongeur que la *pool* d'ovocytes contenu dans les ovaires n'est pas définitif à la naissance. Ils ont trouvé l'existence de cellules souches prolifératives permettant la production de follicules après la naissance. Ce travail préliminaire soulève une question importante : qu'en est-il des ovaires humains ?

Nature, vol. 428, 11 mars 2004, pp. 133-34.

Sexualité de l'adolescence

Pour Marcel Proust, "L'adolescence est le seul temps où l'on ait appris quelque chose". Pour interpréter la pathologie gynécologique de l'adolescente, mieux vaut le faire en fonction du comportement sexuel propre à cette période de la vie. Pour nombre d'entre elles, la disparition des interdits du passé s'accompagne d'une forte pression normative, celle de l'épanouissement sexuel. Ainsi, si à 16 ans la majorité d'entre elles a eu un premier rapport sexuel, elles sont une minorité à avoir expérimenté un quelconque orgasme. La sexualité adolescente a donc évolué vers une plus grande précocité des rapports, des comportements de séduction plus actifs et le recours plus systématisé à la contraception, avec une ombre, celle de la baisse de prévention antisida.

Abstract gynécologie, n° 281, janvier 2004, pp. 16-17.

Vulvodynie, un avis transdisciplinaire

Les patientes souffrant de vulvodynie sont souvent ressenties à tort comme "folles" par des médecins confrontés sans formation spécifique à une pathologie douloureuse sans maladie organique sous-jacente identifiée. Pour le dermatologue, il s'agit d'un inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, localisée (vestibule ou clitoris) ou généralisée, spontanée ou provoquée (rapports sexuels, tampons, vêtements, station assise). À l'examen, on ne trouve aucune lésion. Les patientes doivent être examinées en phase douloureuse, pour ne pas passer à côté d'une candidose ou d'un herpès, d'une fissure de l'hymen ou de certaines formes vulvaires de maladie de Paget. Pour le rhumatologue, la fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique diffus affectant surtout des femmes d'âge moyen. Elle s'accompagne souvent de troubles du sommeil, de fatigue générale et de tendances anxio-dépressives. C'est un diagnostic d'élimination, une fois écartés ceux de rhumatisme inflammatoire, de Gougerot-Sjögren, hépatite C, dysthyroïdie ou arthromyalgie iatrogène des hypocholestérolémiantes. Pour le spécialiste de la douleur, ces douleurs *sine materia* sont des douleurs signal d'alarme, par excès de nociception, douleurs neuropathiques méconnues (zona) ou des douleurs psychogènes. Il ne faut pas oublier que la douleur est réelle et qu'il faut en apprécier les causes, mais aussi les conséquences sur l'entourage social, affectif, psycho-émotionnel et sexuel de la patiente. Les possibilités thérapeutiques sont essentiellement : des antidépresseurs (amitryptiline, laroxyl) ou anti-épileptiques à visée antalgique, la relaxation, la psychothérapie, l'éducation à la douleur et des modifications comportementales pour apprendre à la gérer. Une association de malades (*National Vulvodynia Association*) peut apporter un soutien moral et donner de bons conseils à ces patientes qui se sentent démunies face à leurs douleurs.

Abstract Gynécologie, N° 281, janvier 2004, p. 18.

Tenir compte de la femme dans le traitement de la dysfonction érectile ?

Ils ne sont plus impuissants, mais atteints de dysfonction érectile, pour les branchés de "DE", et ils sont, aussi, les partenaires ou les conjoints des patientes qui suivent les gynécologues. Ces dernières ont dû, en conséquence, dès l'arrivée des inhibiteurs de PDE 5, se résoudre à voir les choses en face : la DE de leur conjoint avait fait long feu et il leur fallait d'adapter à une nouvelle donne ! bien sûr, pour une majorité d'entre elles, ce fut une excellente nouvelle. D'autres, en revanche, ne l'ont pas vécue de la sorte. Certaines avaient "choisi" leur com-

pagnon, justement à cause de sa DE ! Comment alors vivre au sein du couple, un vaginisme, une dyspareunie, une inappétence sexuelle ? D'autres fois, la DE avait permis à l'épouse de prendre le pouvoir et elle rechigne alors à redéfinir les rôles respectifs de chacun. Il ne faut pas oublier, non plus, celles qui avaient enfin trouvé l'apaisement dans la fidélité ainsi obligatoire du conjoint ou celles qui avaient "aménagé" leurs frustrations sexuelles par des relations extra-conjugales. Le comprimé vient alors mettre en péril cet équilibre plus ou moins établi. Enfin, nous ne devons pas oublier l'aspect ménopause et baisse de libido que le THS ne peut pas toujours compenser, ainsi que la sécheresse vaginale et la dyspareunie qui l'accompagne, voire le soulagement de certaines femmes de pouvoir "souffler un peu", comme elles le disent parfois une fois la cinquantaine derrière elles. Alors, nous, leurs médecins, nous devons les aider à résoudre ces différentes problématiques, en parler avec elles et les aider à se resituer face au regain d'intérêt sexuel d'un conjoint sous traitement de sa DE. Si c'est possible il est préférable, au demeurant, de les recevoir ensemble.

Genesis, janvier 2004, n° 92, p. 1

Prédisposition génétique aux attaques de panique

Chez les personnes affectées d'attaques de panique, trois régions cérébrales présentent une baisse des récepteurs de type 1A pour la sérotonine. Une équipe américaine montre une réduction d'un tiers de ces récepteurs dans les circuits corticaux régulant l'anxiété. Les causes du syndrome attaque de panique pourraient être en partie liées à des facteurs familiaux et une composition génétique est soupçonnée. Des modèles animaux récents suggèrent que des anomalies des récepteurs de type 1A pour la sérotonine pourraient contribuer à l'anxiété chronique. Toutefois, on ignore si ces modèles sont pertinents pour les attaques de panique chez les humains. Une nouvelle marche a été franchie par des expériences *in vivo* grâce à un marqueur radioactif se fixant spécifiquement aux récepteurs 5-HT1A, visualisée par tomographie à émission de positrons. Ils ont étudié seize patients atteints, non traités, dont sept souffraient également de dépression, et les ont comparés à quinze sujets témoins appariés. La fixation aux récepteurs 5-HT1A a été évaluée par PET pendant deux heures avec IRM associée pour mieux localiser et quantifier le nombre de récepteurs. Les résultats montrent une nette différence, avec réduction d'un tiers des récepteurs dans trois régions cérébrales (cortex cingulaire antérieur et postérieur et raphé) chez les patients souffrant d'attaques de panique. Reste à savoir quel en serait le mécanisme, et le plus probable, en l'état actuel des connaissances, serait qu'il y ait une différence génétique.

QDM, n° 7463, 26 janvier 2004.