

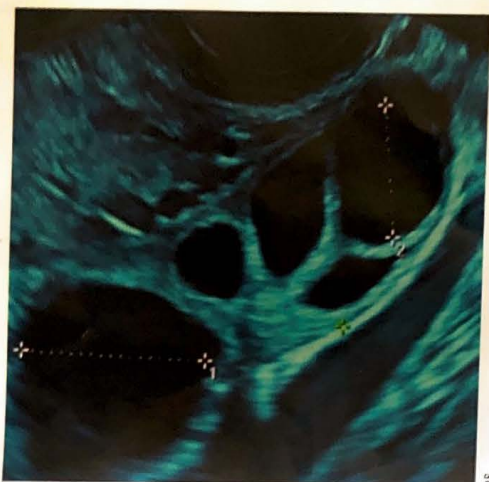
INFERTILITÉ

## Déclenchement de l'ovulation par les agonistes GnRH

A. GUIVARC'H-LEVÊQUE  
Clinique mutualiste La Sagesse,

Le déclenchement de l'ovulation par agoniste du GnRH est aussi efficace que par l'hCG en termes d'efficacité, et a l'énorme avantage de supprimer le risque d'hyperstimulation ovarienne.

En revanche, il entraîne une insuffisance lutéale plus importante, ce qui justifie un renforcement du soutien de phase lutéale en cas de transfert d'embryon frais.



Une évaluation échographique reproductible de l'ensemble de la cohorte folliculaire est indispensable, en FIV comme en hors FIV.

Lire page 3

MÉNopause

## Ostéoporose postménopausique : aspects pratiques

L'ostéoporose postménopausique mériterait le terme d'ostéopathie déminéralisante car la résistance et la qualité de l'os sont en cause au même titre que sa quantité. Elle doit être distinguée des autres pathologies osseuses qui affectent la fibre de collagène, dont le modèle est l'ostéogénèse imparfaite (ou maladie des os de verre), et qui peuvent ne pas avoir été diagnostiquées avant l'âge adulte.

### Comment utiliser les outils diagnostiques ?

Le principal outil diagnostique est l'ostéodensitométrie qui mesure la densité minérale osseuse (DMO). La carence oestrogénique se traduit d'abord par une perte osseuse au niveau du rachis, qui précède la perte au niveau fémoral.

Malgré de nombreux artefacts, l'ostéodensitométrie au niveau rachidien est très informative sur le risque osseux, en particulier chez les femmes en postménopause précoce. L'examen doit comporter le plus de vertèbres possible, au mieux 4, au minimum 2 vertèbres interprétables.

Au niveau fémoral, 2 sites sont explorés, le col et le fémur total. La prédictivité du risque est meilleure au niveau du col ; toutefois, le total peut être pris comme référence lorsqu'il existe des artefacts au niveau du col, en raison de collerettes ostéophytiques en particulier. La mesure

au niveau du triangle de Ward permet de départager les mesures du col et du fémur total. En dernier recours, la mesure de la DMO peut être réalisée au poignet avec deux sites, en ultra distalité qui reflète l'os trabéculaire à l'instar du rachis, et au tiers proximal pour renseigner sur l'os cortical.

En pratique, les mesures radiales sont rarement faites, hormis des examens non contributifs aux niveaux rachidien et fémoral ou en cas de suspicion d'hyperparathyroïdie primitive qui se traduit par une ostéopénie radiale plus prononcée.

Les catégories diagnostiques sont :

- normale : T-score > -1 ;
  - masse osseuse basse (ostéopénie) : T-score de  $\leq -2,5$  à  $\geq -1$  ;
  - ostéoporose  $\leq -2,5$ .
- Une DMO < -2,5 ne signifie pas que le patient fera inéluctablement une fracture. L'évaluation du risque osseux prendra donc en compte les autres facteurs de risque.

Le suivi longitudinal doit être interprété sur des examens effectués avec la même machine afin de déceler une variation significative de la DMO, c'est-à-dire  $\pm 30$  mg au rachis et au fémur. La variation dans le temps chez la femme ménopausée étant en moyenne de 1 % à distance de la ménopause, il faudra au moins 2-3 ans pour observer une telle variation. Il est donc inutile de répéter les ostéodensitométries à intervalles trop rapprochés.

Les traitements visant à préserver la masse osseuse ne sont indiqués que chez les patientes ayant une DMO < -2,5 associée aux facteurs de risque. En France, les recommandations stipulent que la mesure de la DMO par ostéodensitométrie s'applique aux personnes ayant des facteurs de risque : fracture vertébrale, fracture périphérique survenue pour un traumatisme mineur, pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose

Suite page 2

26<sup>e</sup> Salon de  
**GYNÉCOLOGIE  
OBSTÉTRIQUE PRATIQUE**

**16 - 17 & 18 MARS 2016**

**PALAIS  
DES CONGRÈS  
DE PARIS**  
2, place de la Porte Maillot  
75017 PARIS

CANCÉROLOGIE | CHIRURGIE | COLPOSCOPIE | ÉCOLE D'ÉCHOGRAPHIE | ENDOCRINOLOGIE  
IMAGERIE | INFERTILITÉ | MÉDECINE FŒTALE | MÉDECINE PRÉDICTIVE | NUTRITION  
OBSTÉTRIQUE | SEXOLOGIE/ANDROLOGIE | THÉRAPEUTIQUES

Directeur scientifique : D. SARTO  
Directeur médical : D. SARTO  
Directeur pédagogique : D. SARTO  
Directeur scientifique : D. SARTO

[www.gynecologie-pratique.com](http://www.gynecologie-pratique.com)

### ÉGALEMENT AU SOMMAIRE

- **SEXOLOGIE** 6  
Les dyspareunies : l'angle psycho-sexuel  
H. BEROUD-POYET
- **IVG MÉDICAMENTEUSES** 7  
Guide de suivi  
N. RAE, Y. ARDAENS, P. LEFEBVRE
- **DÉPISTAGE** 11  
Rubéole et grossesse  
M. DEKER
- **IMAGERIE** 12  
Dépister un BAV fœtal de type 1 :  
un score de critères de qualité pour améliorer  
la mesure du TAV  
A. MICHAU, L. GITZ
- **SEXOLOGIE PRATIQUE** 13  
Cancer du sein  
P. BRENOT, M. NAOURI-VISCHEL
- **ACTUS PHARMA** 14

Retrouvez le nouveau programme **WISTV**  
sur [www.gynecologie-pratique.com](http://www.gynecologie-pratique.com)

Voir page 12



H. BEROU-DUPOYET  
Boulogne-Billancourt

Le travail de la psychologue sexologue comporte 3 niveaux d'approche distincts et intriqués : l'individuel, le relationnel/conjugal et le sexologique. Ces 3 niveaux recourent 3 modes d'intervention du clinicien : l'information et l'éducation sexuelle, le conseil et la thérapie.



**L**es patientes souffrant de douleurs liées aux rapports sexuels sont volontiers adressées à un psychologue ou à un sexologue.

Le travail psycho-sexologique consiste à accueillir la plainte de la patiente (en l'occurrence la douleur), à comprendre les demandes qui peuvent se cacher derrière cette plainte, à évaluer ses attentes et à l'aider autant que possible à réduire sa douleur physique et la souffrance psychique qui l'accompagne.

La prise en charge psycho-sexologique est généralement suggérée par un gynécologue, un dermatologue ou un kinésithérapeute. Elle s'inscrit dans une prise en charge multidisciplinaire et propose à la patiente de regarder son symptôme sous un autre angle. Elle est complémentaire de la prise en charge somatique. Elle ne la remplace pas.

Le fait que l'on ait affaire à une dyspareunie ne change rien, globalement, à l'approche psychologique (ça pourrait être une douleur pelvienne inexplicable), mais il y a tout de même une spécificité de l'approche sexologique.

La méthode que j'utilise – mais il y en a bien d'autres (TCC, hypnose, thérapie psychocorporelle) – repose sur l'entretien en face à face et comporte 3 niveaux d'approche distincts et intriqués :  
– individuel,  
– relationnel/conjugal,  
– sexologique.

## La grille de lecture

### L'individuel : écouter la singularité

Interroger l'histoire familiale : les parents, la fratrie, le transgénérationnel.  
Poser la question des événements de vie marquants : accidents, pertes...

Au-delà de la dyspareunie, essayer de repérer la **douleur psychique** : ce qui fait souffrir psychologiquement : les facteurs d'anxiété.

Ne pas oublier de penser aux abus sexuels, à l'image de soi, à la dépression, aux psychopathologies, etc.

### La construction de l'identité féminine

Quelle petite fille la patiente a-t-elle été ? Y a-t-il eu dans l'enfance des épisodes particuliers

en rapport avec son sexe ? De simples cystites ou des mycoses, des douleurs ? Comment cela a-t-il été soigné ?

Quelle jeune femme est-elle devenue ? Comment se sont passées la puberté, les premières règles ? Chercher à comprendre comment elle a vécu le fait de se transformer en jeune femme puis en femme. Se demander quelle est la femme qui vient nous rencontrer ?

### Est-ce une douleur d'être Femme ?

Essayer de comprendre plus globalement si pour la patiente être femme est une douleur.

### Une femme en relation

Vie familiale, indépendance/dépendance vis-à-vis des parents.  
Vie amicale, solitude ou groupe, sorties...  
Vie professionnelle.  
Vie amoureuse.

### Le corps

Histoire du corps.  
Chercher à comprendre quelle relation la femme a avec son corps, si elle l'aime (complexes, ou si accidents, opérations, maltraitance).

Quel comportement alimentaire ? (Problématiques associées ?).

Quels sports ?  
Quelles douleurs du corps (migraines, dos, etc.) ?  
Quelles tensions du corps (bruxisme...)?

### Le sexe

● **Biographie sexuelle** : interroger l'histoire sexuelle des premiers rapprochements sexuels aux premières relations sexuelles : a-t-elle eu mal (douleur primaire ou secondaire) ?  
La masturbation : oui ou non.

● **Connaissance de son sexe**  
Appréciation de cette partie du corps ? Et qu'en est-il pour le sexe masculin ? Érotisation de son sexe et de celui de l'homme.

### Croyances et transmissions sur la sexualité

● **Exemples de croyance et d'idées reçues fréquentes** : « On est fait pour ou pas, donc comme j'ai mal, c'est mort, c'est pas pour moi... », « la sexualité est naturelle », « l'orgasme n'est que

coïtal », « tout ce qu'on ressent vient de l'homme » « Il n'y a que les hommes qui aiment ça », « les femmes qui aiment ça sont des salopes ».

● **Exemples de transmissions** : la mère, la sœur : « tu verras ça fait mal » ou « c'est ce qu'il y a de plus beau dans la vie » ou encore « si tu veux garder ton mari tu n'as pas le choix », etc.

Ne pas oublier de penser aux valeurs culturelles, sociales ou spirituelles.

### Représentations du sexe

● **Représentation de leur sexe** : sain ou sale, fragile ou pas. Chez certaines femmes qui pensent que leur sexe est sale, soit parce que ce qui passe là concerne aussi les excréments, soit parce que des mycoses, des champignons, des condylomes... les ramènent à une image sale de cette partie de leur corps. On va alors entendre des femmes qui lavent plusieurs fois par jour, qui découpent ou aïent qui surveillent en permanence la moindre rougeur ou fissure.

● **Représentation de la sexualité**  
« C'est sale » comme des enfants qui disent : « oh c'est dégoûtant ! ».

### « Sexe sous cloche »

Patientes chez lesquelles le sexe devient – suite à divers problèmes gynécologiques – une « zone interdite » et intouchable, le sexe est alors condamné au repos forcé pour une période indéterminée.

### Comment ça communique entre ce corps et cette tête ?

#### Connexion tête-corps-sexe

C'est grâce au travail en lien avec les kinésithérapeutes spécialistes de la relaxation périnéale que cette connexion va petit à petit évoluer. Ou encore avec les gynécologues (la gynécologue qui montre avec un miroir).

En séance de psychothérapie, on va pouvoir reprendre ça et voir comment la patiente évolue dans ses représentations. On pourra, du coup, communiquer éventuellement avec la kinésithérapeute si c'est nécessaire.

### Le sexe en relation

La patiente est-elle rentrée dans l'apprentissage de la sexualité ?

Connaît-elle son fonctionnement mécanique (mode d'excitation) ?  
Connaît-elle son fonctionnement mental (fantasmes, imaginaire) ?  
A-t-elle du désir ?  
Sait-elle comment son désir propre se met en route ou répond – elle seulement – à celui de son partenaire ?

### La relation conjugale

Qui est le partenaire ?

Quel type de relation : entente ? conflits ? gestion financière ? Projets du couple ? Sont-ils en accord sur les engagements importants (mariage, enfant, achat) ?

Comment ont-ils démarré leur sexualité ?

Fonctionne-t-il bien sur le plan sexuel (EP, problèmes érectiles, etc.) ?  
Où en est-il de son apprentissage sexuel ?

A-t-il du désir ? Est-il à l'aise avec la pénétration ?

Est-il demandeur des relations sexuelles ? Est-il indifférent ou oppressant ?

Ne pas oublier de penser aux contentieux conjugaux.

### La thérapie

#### Prise en charge pluridisciplinaire

L'organique doit être impérativement pris en charge (gynécologie et/ou dermatologie).

Une approche corporelle a souvent son intérêt soit en relaxation périnéale par les kinésithérapeutes, soit plus globale en sophrologie.

Informations et explications anatomiques pour dédramatiser. Informations sur le fonctionnement de l'excitation sexuelle.

Inciter à découvrir son sexe (soins locaux et davantage si affinité).  
Inciter à se découvrir « soi » dans la sexualité.

Travail psychothérapeutique au cours duquel le clinicien va interroger le niveau de résistances liées à la peur du pénis, la peur de l'homme pénétrant l'éjaculation mal vécue (souillure), la peur d'être objet, ou encore la crainte d'être détruite, abandonnée...

### En conclusion

Quel que soit le symptôme, les 3 axes d'intervention de la psychologue sexologue sont : l'information et l'éducation sexuelle, le conseil et la thérapie.

Le psychologue sexologue rencontre des femmes bien souvent très blessées dans leur amour-propre, car elles se sentent différentes des autres femmes et anormales. Il va donc être amené particulièrement à rassurer, dédramatiser et décomplexer les patientes.

En parallèle, il va pouvoir aider la patiente à trouver la sexualité qui lui convient sans préoccupation d'adhérer à une norme ou au désir du partenaire. ▀

#### Pour en savoir plus

- Jacqueline Schaeffer. *Le refus du féminin*. Ed. PUF 2013.
- Catherine Chabert. *Féminin mélancolique*. Petite bibliothèque de psychanalyse. Ed. PUF 2003.
- Ghislaine Paris. *Un désir si fragile*. Ed Leducs 2009.
- David Le Breton. *Anthropologie de la douleur*. Ed Métailié 2006.
- Joëlle Mignot, Cyril Tarquinio, Audrey Gorin, Patrick Blachère. *L'acte-mémoire de psychoséxologie en 40 notions*. Ed. Dunod 2013.

### Points à retenir

- Dire « j'ai mal » pour une femme peut avoir beaucoup de sens caché.
- Ce « j'ai mal » peut signifier « je ne suis pas prête », ou « j'ai peur », ou « je ne veux pas », ou « je me ferme », ou « je m'oppose », ou « je ne veux pas être enceinte »...
- Pour d'autres encore, cela pourra être le signe du désamour ou d'un sentiment d'oppression conjugale, ou d'un corps rejeté, ou d'une féminité encombrante, ou d'une anxiété constante...
- Autant d'histoires, autant de significations à trouver... Sans pour autant laisser penser aux patientes que « tout est dans leur tête », car le travail de la psychologue sexologue – en lien avec le médecin – est d'aider les patientes à ne plus se sentir coupées en deux, avec une tête d'un côté et un corps, un sexe de l'autre.