

Maladie de La Peyronie : Retentissement psycho-sexuel.

M. BELICAR

Clinique Comiti ; 28 B^e Pascal Rossini, 20 000 Ajaccio

RESUME

Le retentissement psychologique de la maladie de la Peyronie est variable mais quasi-constant.

Les troubles sexuels qui en résultent, notamment les dysérections, peuvent être d'origines psychopathologiques diverses. Ils représentent parfois un problème diagnostique et peuvent relever d'une thérapeutique spécifique.

Lorsqu'existe un fort contingent dépressif ou dysmorphophobique, une prise en charge multidisciplinaire, organique et psychologique sera particulièrement utile. Elle permettra une meilleure appréciation de la demande du couple et une meilleure sélection des patients pour la chirurgie.

La maladie de La Peyronie, comme toutes les pathologies de la verge, a un retentissement psycho-sexuel indéniable. Sa genèse est liée à l'investissement psychologique de la sphère génitale et à la résonance symbolique particulière des atteintes de celle-ci.

La maladie de La Peyronie peut être responsable sur le plan physique de douleurs, d'induration des corps caverneux, de courbure de la verge. Ces signes cliniques, en raison de leur caractère anxiogène, sont des motifs fréquents de demande de prise en charge médicale.

Mais derrière cette plainte physique ou fonctionnelle alléguée par le patient lors de la consultation, le retentissement psychologique de la maladie, parfois majeur, reste souvent inexprimé.

Nous allons tenter de préciser les troubles qui résultent de cette souffrance psychologique, car ils justifient une prise en compte diagnostique et peuvent relever d'une prise en charge spécifique.

Ces troubles, apparaissant chez l'homme d'âge moyen, sont des facteurs déstabilisant d'une sexualité à l'équilibre parfois fragile, et peuvent tous contribuer à l'apparition d'une dysérection. Ces causes de dysérections sont à distinguer des causes relevant d'une étiologie organique liée à la maladie, comme les incompétences veino-caverneuses secondaires au défaut l'élasticité albuginéale.

Le retentissement psycho-sexuel peut être

Mots-clés : *Maladie de La Peyronie, dysfonctions sexuelles, nosophobie, dysmorphophobie.*

évalué par un entretien à visée sexologique, avec un interrogatoire complet précisant l'histoire sexuelle du patient. La présence de la partenaire peut contribuer à la prise en charge, permettant de mieux cerner le retentissement sexuel et la demande du couple face aux problèmes posés par la maladie. Cet entretien permet en outre de reconnaître les couples qui ont un bon vécu de leur sexualité, et qui sont moins enclins que les autres à développer des troubles psycho-sexuels. Bien souvent, lorsque le niveau de communication est satisfaisant dans le couple, le patient et sa partenaire s'adaptent à cette situation nouvelle. Cette adaptation se fait spontanément, dès lors que le patient est informé sur la maladie et ses modes évolutifs possibles. Ce n'est que lorsque la déformation de la verge rend le rapport sexuel réellement difficile que ces patients reconsultent. La demande chirurgicale est alors clairement exprimée, et pourra rapidement être prise en compte.

Mais la maladie de La Peyronie n'est pas toujours aussi bien tolérée sur le plan psychologique, et l'on peut regrouper les troubles sexuels qui en découlent en deux catégories principales, selon leur genèse. Celle-ci repose d'une part sur la difficulté de réalisation d'un rapport satisfaisant, et d'autre part sur l'angoisse du patient face à sa maladie.

Les difficultés de réalisation du rapport sexuel sont dues à la douleur et à la courbure de la verge.

La douleur parfois présente au début de l'évolution de la maladie peut entraîner une dysérection de maintien ou une brièveté du rapport par réflexe nociceptif.

La déformation de la verge peut rendre l'intromission et les rapports difficiles et être responsable de dyspareunies.

Ces réels symptômes algiques ou difficultés balistiques peuvent altérer progressivement la qualité des rapports et contribuent à en espacer la fréquence. Cette dégradation qualitative et quantitative de la vie sexuelle est un facteur de perte d'intérêt pour celle-ci.

Ce désinvestissement, lorsqu'il est temporaire, est à l'origine de **dysérections** psychogènes

par " perte d'habitude ", pouvant relever d'un traitement spécifique, le plus souvent ponctuel. La correction chirurgicale pourra contribuer à améliorer la capacité érectile du patient, qui recouvrera ainsi conjointement son érection et sa rectitude, restaurera son schéma corporel, et guérira ainsi de cette double blessure narcissique.

Lorsque les difficultés conduisent à l'arrêt de l'activité sexuelle, un **syndrome dépressif** réactionnel à cet arrêt peut dominer le tableau clinique. Tout se passe comme si, symboliquement, le patient faisait le deuil de sa vie sexuelle. Les idées de mort, d'indignité sont alors fréquemment présentes dans le discours, ainsi que des atteintes de l'image corporelle centrées autour de la sphère génitale. Une prise en charge spécifique est là encore nécessaire, avec en complément un éventuel traitement chirurgical secondaire.

L'angoisse du patient face à sa maladie est secondaire aux difficultés fonctionnelles, mais également aux anomalies anatomiques apparues au niveau de sa verge. Ces angoisses, de l'ordre de la phobie, peuvent être majorées par des cognitions propres au vécu du patient, ou véhiculées par l'inconscient collectif. Elles doivent absolument être prévenues par une bonne communication avec les patients, associant information et réassurance.

- **La nosophobie**, crainte d'une maladie " honteuse " ou maligne, est fréquente devant la découverte d'une zone indurée au niveau des corps caverneux. Elle est liée au manque d'informations des patients sur ce processus pathologique. Elle peut être un motif de consultation précoce ou, au contraire, être occultée, refoulée, et responsable d'un retard à la prise en charge. Un discours explicatif est donc nécessaire avec ces patients lors de leur première consultation, afin de les rassurer sur leur atteinte et sa relative innocuité.

- **La dysmorphophobie** représente un second vecteur d'angoisse possible. La déformation de la verge, quelle que soit son importance, modifie le schéma corporel du patient, qui peut se vivre comme " anormal ", " handicapé sexuel ". L'intensité de l'anxiété est

moins corrélée à l'importance de la déformation qu'à la situation sexuelle du sujet. La crainte du regard de l'autre jouant un rôle majeur, les patients en quête de nouvelles partenaires sont le plus susceptibles de développer ce type d'angoisse.

Le souci de normalité, de présenter à l'autre une verge droite, va donc les pousser à consulter, même pour des déformations minimales. Il est important chez ces patients très demandeurs de traitements chirurgicaux d'objectiver précisément la courbure de verge, et de peser les indications du traitement en fonction du degré de déformation et du ressenti de celle-ci. Là encore, un discours explicatif est nécessaire, et la consultation psycho-sexologique impérative.

En effet, ce sont préférentiellement ces personnes dysmorphophobiques qui se plaindront après l'intervention de raccourcissement ou de dysesthésies. Le chirurgien n'aura fait que déplacer le symptôme, substituant une cause de dysmorphophobie à une autre. La chirurgie ne sera donc réalisée qu'avec la prise en compte de ce risque.