

Trouble d'excitation génitale persistante

Informations essentielles pour les professionnels de la santé

Qu'est-ce que le PGAD?

Le trouble d'excitation génitale persistante (**PGAD**) se définit comme des sensations persistantes ou récurrentes, non désirées ou intrusives, d'excitation génitale qui durent 3 mois ou plus.¹

Les sensations liées au PGAD ne sont pas associées à un intérêt sexuel, à des pensées ou à des fantasmes. Elles peuvent apparaître dans différentes régions génito pelviennes sans signes visibles d'excitation génitale, par exemple la lubrification vaginale ou le gonflement génital.²

Les personnes atteintes de PGAD peuvent aussi ressentir des orgasmes incontrôlables ou un nombre excessif d'orgasmes, ce qui peut être très pénible.³

Il a été démontré que le PGAD touche jusqu'à 4,3 pour cent des personnes, tous âges, genres et milieux sociaux confondus.¹

Pour les femmes cisgenres, une étude a indiqué que le début du PGAD était le plus fréquent au milieu de la trentaine. Toutefois, le PGAD peut apparaître à tout âge et être présent dès l'enfance.¹

Symptômes

Voici certains des symptômes qui ont été rapportés³:

- Sensations pénibles d'excitation génitale persistante qui ne correspondent pas à un sentiment d'être "excité-e"
- Sensations apparaissant spontanément ou déclenchées par des stimuli non sexuels
- Douleur génito pelvienne possible
- Types de dysesthésies génito pelviennes comme des vibrations, une sensation de brûlure, des spasmes, des démangeaisons ou de la douleur
- Comorbidités médicales et psychiatriques
- Impact négatif sur la santé mentale, par exemple dépression et anxiété, parfois accompagné de pensées suicidaires
- Niveau élevé de détresse et de honte associé aux symptômes
- Impact négatif sur le bien être sexuel et relationnel
- Atteinte importante au fonctionnement quotidien

Les personnes atteintes de PGAD peuvent avoir recours à une activité sexuelle fréquente, en solitaire ou avec un partenaire, pour tenter de réduire les symptômes. Une évaluation différentielle rigoureuse est nécessaire afin d'éviter un diagnostic erroné.³



SHAPE

Sexual Health & Genito-Pelvic Pain
Knowledge Empowerment Hub

Comment le PGAD est-il diagnostiqué

Évaluation initiale

Une anamnèse structurée est nécessaire pour établir si le patient répond aux critères diagnostiques du PGAD²:

- Sensations d'excitation génitale persistantes ou récurrentes, non désirées
- Non expliquées par le désir, des fantasmes ou des signes observables d'excitation
- Les symptômes causent une détresse ou une altération du fonctionnement
- Durée de 3 mois ou plus

Pour les personnes qui répondent aux critères, il faut ensuite identifier, lorsque possible, les facteurs déclencheurs **biopsychosociaux** des symptômes de PGAD. Une attention particulière doit être portée au début ou à l'arrêt des ISRS ou IRSN comme déclencheurs potentiels².

Examen physique

L'examen peut devoir être complété sur plusieurs visites. Commencez par une évaluation complète des régions présentant des symptômes génito-pelviens²:

- Pénis, scrotum
- Clitoris, vulve, vagin
- Vestibule
- Urètre, vessie

Analyses de laboratoire et imagerie

Distinguez le PGAD d'autres affections possibles (diagnostic différentiel)²:

- **Hormonales:** évaluation du milieu androgénique. Vérifiez les niveaux d'estradiol chez les femmes péri et postménopausées. Écartez l'hyperthyroïdie
- **Imagerie:** SEMG ou échographie trans périnéale, imagerie vasculaire, envisager une IRM du pelvis ou de la colonne lombo sacrée lorsque indiqué

Comment le PGAD peut-il être pris en charge ?

Interventions non pharmacologiques

Même s'il n'existe pas d'essais randomisés, les cliniciens peuvent envisager²:

- Thérapie cognitivo comportementale (**CBT**)
- Approches basées sur la pleine conscience (**MBCT**)
- Physiothérapie du plancher pelvien

Interventions pharmacologiques

TCes options sont utilisées hors indication et reposent sur l'avis d'experts. Les possibilités incluent²:

- Anticonvulsivants et inhibiteurs non opioïdes de la neurotransmission
- Activateurs GABAergiques de type benzodiazépine
- Activateurs GABAergiques non benzodiazépiniques
- Inhibiteurs de la neurotransmission médiée par les opioïdes
- Agonistes dopaminergiques ou médicaments réduisant la dopamine

Parcours d'orientation

Quand orienter²:

- Vers la santé mentale ou la psychiatrie en cas de détresse, de risque suicidaire ou de troubles de santé mentale concomitants
- Vers la sexothérapie ou des professionnels de la santé mentale pour des préoccupations sexuelles ou relationnelles
- Vers une physiothérapie en santé pelvienne en cas de suspicion de dysfonction du plancher pelvien à tonus élevé, d'irritation du nerf pudendal ou de douleur liée à la position assise ou à la pénétration
- Vers la gynécologie, l'urologie, la neurologie ou des spécialistes de la douleur lorsque qu'une pathologie régionale ou neuropathique est suspectée
- Vers l'endocrinologie en présence d'anomalies hormonales identifiées

-
- 1 Jackowich, R. A., & Pukall, C. F. (2020). Prevalence of Persistent Genital Arousal Disorder in 2 North American Samples. The journal of sexual medicine, 17(12), 2408-2416. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.09.004>
 - 2 Goldstein, I., Komisaruk, B. R., Pukall, C. F., Kim, N. N., Goldstein, A. T., Goldstein, S. W., Hartzell-Cushman, R., Kellogg-Spadt, S., Kim, C. W., Jackowich, R. A., Parish, S. J., Patterson, A., Peters, K. M., & Pfaus, J. G. (2021). International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Review of Epidemiology and Pathophysiology, and a Consensus Nomenclature and Process of Care for the Management of Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia (PGAD/GPD). The journal of sexual medicine, 18(4), 665-697. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.01.172>
 - 3 Jackowich, R. A., Boyer, S. C., Bienias, S., Chamberlain, S., & Pukall, C. F. (2021). Healthcare Experiences of Individuals With Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia. Sexual medicine, 9(3), 100335. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100335>