

9 H - 11 H 30 : SYMPOSIUM PFIZER

AVANCEES SUR LA DYSFONCTION ERECTILE : APRES LES MEDICAMENTS SEXO-ACTIFS, QUE FAIRE ?

PRESCRIPTIONS ET LIMITES : ETAT DES LIEUX

Pierre Costa (Nîmes)

QUE FAIRE FACE : A UN TROUBLE DU DESIR ?

Robert Porto, 48 Bd Rodocanachi- 13008, robert.porto@worldonline.fr

Les troubles du désir sont fréquents dans la dysfonction érectile (D.E.) et nombre d'allégations de D.E. persistantes après un traitement sexo-actif impliquent un trouble du désir.

Difficulté du diagnostic

Mais établir l'existence d'un trouble du désir est délicat car ce n'est pas de poser la question qui en fait le plus souvent le diagnostic

- l'homme ne reconnaît pas volontiers avoir des désirs rares ou absents car pour lui l'enjeu est identitaire ;
- souvent son prétendu désir n'est que le désir d'avoir une érection.

Evaluation

A côté des critères d'évaluation du DSM, il existe des questions indirectes permettant d'établir le diagnostic.

Une fois le diagnostic établi, il conviendra d'en préciser les déterminants constitutionnels ou acquis (car le trouble du désir peut être à l'origine de la D.E. ou résulter de celle-ci) ; en n'oubliant pas de prendre en compte les variables cliniques (comme l'âge, la durée d'évolution, l'existence d'antécédents évènementiels) qui induisent une spécificité individuelle.

Il faut ensuite replacer le symptôme dans son contexte pour dégager le sens de la demande de restauration de l'érection.

Que faire ?

C'est l'évaluation qui va donner les cibles sur lesquelles agir afin de restaurer la motivation sexuelle :

- facteurs hormonaux
- facteurs psychologiques personnels
- Facteurs relationnels.

Le plus souvent l'approche thérapeutique est multimodale car le trouble du désir traduit une intrication de facteurs liée à une vulnérabilité personnelle de l'individu réactivée par son contexte personnel et l'idée qu'il se fait du rôle sexuel qu'il a à jouer.

**APRES LES MEDICAMENTS SEXO-ACTIFS, QUE FAIRE ?
QUE FAIRE FACE AU DEFICIT ANDROGENIQUE LIE A L'AGE ?**

Jacques Tostain, Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Saint Etienne

Face à un patient se plaignant d'une dysfonction érectile (DE), il est maintenant largement admis que le bilan biologique de départ comporte un dosage matinal de testostérone totale, notamment lorsqu'il s'agit d'un patient diabétique ou présentant les éléments d'un syndrome métabolique. En pratique, ce dosage est souvent envisagé en seconde intention, après échec d'un traitement par IPDE5.

Les données épidémiologiques sur le déficit androgénique de l'homme âgé, défini par l'association des signes et/ou symptômes compatibles et d'une testostérone abaissée, sont rares. Les estimations de la Massachusetts Male Aging Study donnent une prévalence de 6% chez l'homme de 40 à 69 ans et de 12,3% chez l'homme de 48 à 79 ans, et une incidence globale de 12,3 pour 1000 années-patients chez l'homme de 40 à 69 ans. Ces taux, qui ne permettent pas de transposition directe à la population d'autres pays, permettent d'avancer qu'il y aurait 2,4 millions d'hommes américains de 40 à 69 ans présentant un déficit androgénique lié à l'âge et que chaque année verrait s'ajouter 481 000 nouveaux cas. En fait, dans la plupart des cas la DE a une origine neuro-vasculaire plutôt qu'endocrine, et cette même étude décrit en analyse multivariée l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète, le tabagisme et la sédentarité comme des prédicteurs indépendants, alors que le taux de testostérone sérique ne l'est pas. Par ailleurs, les performances des techniques courantes de dosage sont préoccupantes, notamment dans les valeurs basses qui sont précisément celles qui permettent de valider le déficit androgénique lié à l'âge (DALA).

Néanmoins, on sait que les androgènes ont un effet bénéfique sur la fonction sexuelle, non seulement par action centrale mais également par action périphérique. L'androgénothérapie substitutive restaure le désir sexuel chez les patients hypogonadiques. Les érections réflexes nocturnes sont nettement androgéno-dépendantes, alors que les érections psychiques et relationnelles ne le sont que partiellement. Une corrélation entre le taux de testostérone libre et la vasodilatation caverneuse a été démontrée chez l'homme présentant une DE. Même chez l'homme présentant des taux normaux-bas, la supplémentation en testostérone améliore le flux artériel pénien et le score IIEF. Enfin, on a démontré chez les sujets non répondeurs aux IPDE5 présentant un taux de testostérone abaissé ou normal-bas, un effet synergique de la supplémentation en testostérone avec une amélioration de la fonction érectile, de la fonction orgasmique, de la satisfaction globale et du score IIEF.

Devant une résistance aux IPDE5, la supplémentation androgène peut donc être envisagée si l'hypogonadisme est confirmé par les dosages. La supplémentation androgène est formellement contre-indiquée chez les hommes présentant un cancer de prostate ou du sein, ou un adénome hypophysaire à prolactine non traité. L'apnée du sommeil et la polyglobulie sont des contre-indications relatives. L'examen clinique avec toucher rectal et le dosage de PSA, s'ils n'avaient pas été déjà pratiqués, sont indispensables. S'ils sont normaux, les biopsies prostatiques ne sont pas nécessaires avant la mise en route du traitement. Les médicaments utiles comprennent toutes les formes galéniques disponibles : voie percutanée, voie orale, voie parentérale. Le but poursuivi est de rétablir des taux physiologiques de testostérone circulante. Un essai de traitement ne doit pas être inférieur à 3 mois. A la fin de cette période, un bilan de la fonction sexuelle et des autres paramètres est indiqué. La poursuite de l'androgénothérapie dépend de la réponse clinique et des possibles modifications des autres systèmes par le traitement.

En conclusion, le dépistage d'un déficit androgénique est absolument indispensable devant une DE résistante aux IPDE5. Dans ce contexte, la supplémentation hormonale peut, en l'absence de contre-indication, améliorer la fonction érectile.

Dr Mireille Bonierbale

Coordonnateur de l'Unité Fonctionnelle de Sexologie et de Dysphorie de Genre.

Service du Pr C .Lançon, CHU Ste Marguerite, BP29, 13274 Marseille Cedex 9 (F)

mbonierbale@ap-hm.fr

Il est indispensable de faire le diagnostic d'un état dépressif face a une dysfonction érectile

Pourquoi ?

- Parce qu'un état dépressif peut affecter le désir sexuel et la phase d'excitation de la réponse sexuelle
- Parce que le patient peut prendre des médicaments (psychotropes) qui peuvent entraîner des modifications de la réponse sexuelle
- Parce que la DE peut être un signe d'appel indirect d'une dépression et qu'il faut traiter le patient

Comment ?

- il y a des questions clefs
- rechercher les éléments prédisposant et les antécédents de troubles de l'humeur

Que faut-il faire ?

- Évaluer la place d'un médicament sexo-actif
- Évaluer le couple, son fonctionnement et leurs attentes par rapport à la sexualité pour poser les indications convenant au contexte
- Traiter la dépression et établir la coordination avec le traitement de la dysérection
- Adapter les traitements antidépresseurs à la demande sexuelle

Marie Chevret-Measson (Lyon)

Pour savoir que faire face aux partenaires, il faut savoir ce que pensent les femmes : leurs attentes dans la sexualité, leurs réactions face aux problèmes d'érection de leur partenaire, leurs idées sur les traitements,

En 2005 sont-elles résignées ? Silencieuses ? En parlent-elles franchement ?

6500 femmes dont le partenaire a connu ou connaît des pannes sexuelles ont été interrogées par l'institut Louis Harris et 358 femmes partenaires d'hommes souffrant de pannes d'érection ont répondu complètement à notre enquête.

Les pannes évoquées étaient occasionnelles 83%, fréquentes 14%, permanentes 3% et interviennent à tous les âges.

Les pannes sont d'environ 20% que l'on soit dans les premières années de vie commune ou dans un couple vivant ensemble depuis 20 ans.

Cette enquête d'opinion nous éclaire :

1/ sur la fréquence des relations sexuelles : 55% déclarent faire l'amour au moins une fois par semaine. Cette fréquence satisfait 62% des femmes mais 34% souhaiteraient des rapports plus fréquents, en particulier les plus de 50 ans (37%).

2/ sur le comportement des femmes dans leur sexualité : elles n'hésitent pas à exprimer clairement leurs préférences à leur partenaire. A la majorité (51%) elles déclarent le dire souvent, et à 39% parfois. Seules 10% restent silencieuses sur le sujet. Elles prennent aussi les devants quand elles ont envie de faire l'amour (32% souvent, 55% parfois), seulement 17% ne le font jamais. Et elles s'estiment exigeantes quant à la manière dont leur partenaire fait l'amour (34% souvent, 44% parfois).

3/ à une très large majorité (65%), les femmes déclarent que la pénétration est importante mais pas indispensable. Les femmes de 35 à 40 ans sont les plus nombreuses à le dire (77%), devant les moins de 35 ans (62%) et les plus de 50 ans (59%).

4/ face aux pannes sexuelles, elles se montrent compréhensives.

Le plus pénible pour elles (47%) est l'attitude de l'homme, qui se retire, s'énerve ou culpabilise. (55%) ne dramatisent pas, 48% l'attribue, à l'âge, à la fatigue, au stress. Et seulement 9% craignent que la panne soit la manifestation d'un problème conjugal.

5/ les femmes se déclarent donc globalement satisfaites de leur vie amoureuse.

6/ et si en 2001, 58% n'en parlaient à personne en 2005, en 2005 elles sont 15%.

7/Que pensent-elles des traitements ? Pour les trois quarts des femmes, traiter les pannes sexuelles redonnerait à leur couple l'envie de faire l'amour plus souvent. Elles

communiqueraient mieux et plus facilement sur le sujet (73%), tout en pensant que pour elles les préliminaires seraient plus agréables (71%). Elles considèrent que l'homme doit s'approprier le traitement sans les tenir informer dans les détails ainsi 39% d'entre elles ne voudraient pas savoir quand leur partenaire prend son traitement.

En résumé ces déclarations vont à l'encontre de nombreuses idées reçues et démontrent la souffrance des femmes âgées confrontées aux pannes. Ainsi le traitement des troubles de l'érection apparaît comme normal à une grande majorité de femmes, du moment que l'homme s'assume, reste discret pour protéger la magie de la relation. Seulement 21% montrent une réticence, tandis qu'à 47% elles sont prêtes à insister pour que l'homme consulte un médecin.

Silla Consoli (Paris)

Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, 20 Rue Leblanc, 75015 Paris

L'intérêt qui peut être accordé à une approche psycho-dynamique de la fonction sexuelle est avant tout lié à la formation et au mode d'exercice de l'investigateur ou du thérapeute, et/ou à la conviction, chez ce dernier, de l'originalité d'une telle approche, déjà pour mieux comprendre certains types de dysfonctionnement et, le cas échéant, pour espérer les traiter de manière plus satisfaisante, sinon plus efficace.

En matière de dysfonction érectile, une telle approche peut être pertinente face à tout trouble de type psychogène pour lequel il n'est pas évident d'incriminer ni le rôle inhibant de facteurs de stress actuels, liés à la vie de couple ou extérieurs à celle-ci, ni celui du conditionnement induit par des premières expériences sexuelles insatisfaisantes, ni enfin celui d'une éducation rigide, ou bien carencielle, ayant privé le futur adulte de modèles identificatoires suffisamment incitatifs et sécurisants dans ce domaine.

L'éclairage psycho-dynamique implique en effet que des facteurs psychologiques puissent entraver l'émergence du désir sexuel et le niveau de performance de la fonction érectile chez l'homme, à l'insu de ce dernier, en raison de la nature au moins en partie inconsciente des conflits sous-jacents. Un tel déterminisme peut être au premier plan chez des sujets en bonne santé physique et dont les réactions sexuelles réflexes sont préservées ou chez des sujets dont la dysfonction est dépendante du type de partenaire ou du type de situation érogène. Il n'est cependant pas incompatible avec la présence de facteurs organiques ou iatrogènes de dysfonction érectile et mérite d'être envisagé, dans ce cas, chaque fois qu'une variabilité importante et difficilement explicable des performances peut être constatée.

La nature des conflits inconscients pouvant conduire à une dysfonction érectile, ainsi que leur accessibilité à l'interprétation et à une mobilisation efficace, varient d'un individu à l'autre. Plusieurs niveaux de conflits peuvent parfois d'ailleurs être diversement impliqués chez un même individu.

Une cause possible de dysfonction peut être la coexistence de sentiments ambivalents, à la fois tendres et hostiles, à l'égard du partenaire, l'hostilité étant plus ou moins profondément refoulée pour des raisons diverses, et par conséquent difficilement abordable, aussi bien dans la communication entre les deux membres du couple, que lors de l'investigation diagnostique.

Une autre cause fréquente, renvoyant à un concept classique de la théorie psychanalytique, est la nature « œdipienne » de l'attachement au partenaire, renvoyant au désir, transgressif et culpabilisant, pour le parent du sexe opposé (voire pour le parent du même sexe), attachement universel et naturel lors du développement de toute personnalité, mais auquel la sexualité du patient peut être restée plus ou moins fortement fixée. Ce type de conflit est tout particulièrement à l'œuvre lors d'une dissociation entre des performances préservées avec des partenaires occasionnels ou extraconjugaux et la survenue d'une dysfonction érectile avec le conjoint ou le partenaire stable, ou encore entre les performances avec des partenaires associés à la notion d'amour et de plaisir et ceux ou celui qui sont ou est, l'objet de véritable attachement et de tendresse. Il peut également être réactivé lors d'un changement de statut du partenaire : grossesse ou maternité du conjoint, ou encore survenue d'un problème de santé chez le conjoint, ou tout simplement apparition des marques du vieillissement chez ce dernier.

Enfin une dimension plus « narcissique » du conflit refoulé peut être également à l'œuvre, lorsque l'origine de la dysfonction érectile est redevable à une altération de l'image et de l'estime qu'un individu peut avoir de lui-même, dans un contexte lié aux péripéties de la vie familiale (accession à la paternité, départ des enfants devenus grands), professionnelle (érosion de la reconnaissance sociale), ou sanitaire (accidents de santé, vieillissement). L'angoisse, parfois appelée « de castration », dont il est question ici renvoie à un sentiment d'incomplétude dont le propre est d'échapper aux explications rationnelles et qui peut resurgir ainsi inopinément, tel un facteur de vulnérabilité présent depuis les stades précoces du développement, mais jusque là correctement compensé par les hasards de la vie et des rencontres.