

La Dysfonction Erectile

Dr med Christian Rollini
Psychiatre psychothérapeute FMH
Praticien FMH
Spécialiste en sexologie SSS et thérapeute de couple
3 rue de la Combe, 1260 Nyon
3 rue Caroline, 1003 Lausanne
www.medipsy.ch
christian.rollini@medipsy.ch

copyright c.rollini 2012

A quoi sert la sexualité?

Qu'est-ce un rapport sexuel réussi?

Définition

- Impossibilité récurrente de maintenir une érection suffisante pour une activité sexuelle satisfaisante.

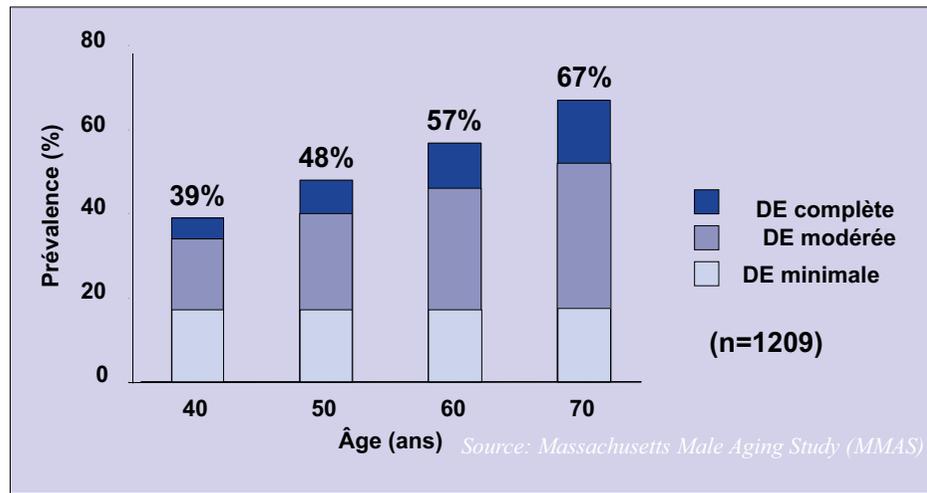


Réf CIM-10, DSM-IV

Dysfonction Erectile (DE) sommaire

- Epidémiologie: prévalence entre 10 et 50%, augm. en fonction de l'âge
- Etiologies: mixte++, angoisse de performance ++, difficultés relationnelle ++, stress et fatigue, dépression, si primaire cause psy plus profondes possibles, mais toujours exclure une cause organique (d'autant plus si secondaire, généralisé, absence d'érection spontanées)
- Bilan: examen uro-génital, cardio-vasculaire, neurologique orienté, FS, bilan rénal, hépatique, glycémie, lipides, testostérone si >50 ans et/ou signes d'hypoandrogénisme ou facteurs de risques, TSH selon clinique et PSA selon recommandations d'usage
- TTT: étiologique, médicamenteux, chirurgical/ spécialiste

Prévalence de la DE en fonction de l'âge



Pourquoi dois-je m'y intéresser en tant que GP?

- Prescrivez-vous des AD?
- Prescrivez-vous des antiHTA?
- Suivez-vous des patients avec des risques d'accidents cardiovasculaires?
- Suivez-vous des patients avec des risques de troubles anxio-dépressifs?
- Voudriez-vous vous priver d'un marqueur de QoL et de santé globale?

Raisons évoquées

Par les patients

- Embarras 90%
- Difficultés pour expliquer 74%
- Manque de confiance 21%

Par les médecins

- Manque de temps 53%
- Manque de connaissances 47%
- Oubli 37%
- Embarras 32%

Raisons de l'inhibition

- Tabous
- Fausses croyances
- Manque de connaissances, banalisation
- Folie et troubles psychiques (folie amoureuse, perversions, etc)
- Dysfonction de couple
- Résistances (anxiété de performance, interpersonnelle)...

Est-ce vraiment de la médecine?

- Trouble bénin mais qui peut entraîner des conséquences graves (physiques et psycho-sociales).
- De plus en plus d'évidences montrant que la DE peut être un signe avant-coureur fiable de troubles cardio-vasculaires (marqueur de dysfonction endothéliale plus générale).
- Relation étroite avec la QoL mais pas seulement: corrélation étroite avec d'autres FRCV (cf aussi PE) et psycho-sociales

L. Sekoranja F. Bianchi-Demicheli J.-M. Gaspoz F. Mach 2006

Raisons médicales d'évaluer les **difficultés** sexuelles

- Très fréquentes (potentiellement source de souffrance, donc enjeux de prévention)
- Beaucoup de difficultés sexuelles résolues par l'information et la déculpabilisation (anxiolyse et psychoéducation)

Raisons médicales d'évaluer les **troubles** sexuels

- Prévalence élevée (tout types confondus 30% à 50 ans).
- Corrélés à des troubles organiques et psychiques fréquents (comorbidités, symptôme sentinelle)
- La fonction sexuelle en tant que marqueur de la santé globale d'un individu et de sa qualité de vie.
- Il existe la plupart du temps des traitements efficaces.

Réf Massachusetts Male Aging Study (MMAS) 1987-2004,
Basson R., Schultz W.W., Sexual sequelae of general medical disorders, Lancet 2007

Facteurs de risques/ étiologies somatiques

- Hyperlipidémie
- Diabète
- Âge (>50), tabac, HTA, sédentarité, obésité, syndrome métabolique, hérédité, insuffisance rénale,
- S/P prostatectomie radicale (toutes formes par atteinte vasculo-nerveuse ou manques d'oxygénation post-op)
- Divers: OH, trouble CV, autres troubles urologiques et atteintes prostatiques, pathologies neurologiques (yc parkinson, atteintes nerveuses, SEP, neuropathies, compressions, MST), pathologies endocriniennes (hypoandrogénisme, hyperprolactinémie, dysthyroïdie), SAS, néoplasies, douleur chronique.

Autres étiologies

- Psychiatriques (dépression, anxiété)
- Toxicologiques (AD, antiHTA, drogues, etc)
- Sociales/Relationnelles (stress, conflits de couple, etc)
- Sexuelles (croyances dysfonctionnelles, apprentissages limités, etc)

DX et bilan initial

- Anamnèse sexologique simple: en cas de DE situationnelle, chez patient jeune en bonne santé avec érections spontanées conservées, pas de bilan obligatoire
- Dans toutes les autres situations:
 - Examen clinique (CV, neurologique orienté, uro-génital yc TR!)
 - Examen paraclinique si pas récent: FS simple, chimie simple avec bilan hépatique, rénal, lipidique, glycémie, thyroïde, testostérone biodisponible selon clinique, PSA et sédiment urinaire selon clinique

Situations spécifiques nécessitent prise en charge spécialisée

- DE primaire
 - Troubles psychiatriques, relationnels ou sexologiques complexes
 - ATCD de trauma pelvien (chirurgie vasculaire, traitement neuro?)
 - Maladie de LaPeyronie
 - Troubles endocriniens complexes
- adresser à l'urologue, au proctologue, au neurologue ou au sexologue (rigiscan, US des aa caverneuses, étude de la conduction nerveuse, etc)

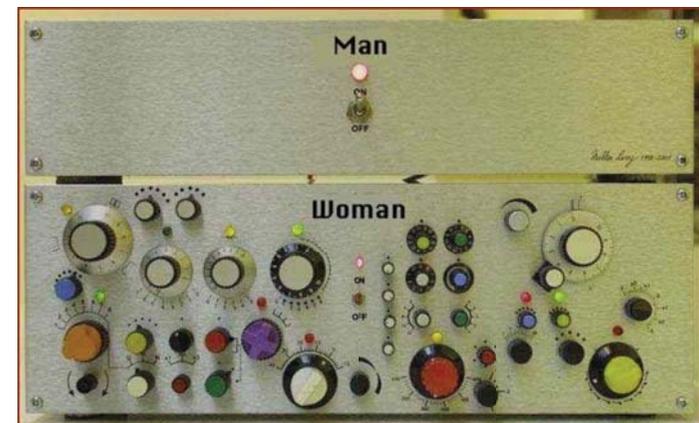
Modèle bio-psycho-social

- Souvent demande masquée
- Domaine plus complexe que l'on pense
- Évaluation multimodale
- Nécessité d'être systématique
- Modèle permettant de cerner l'étiologie(s)
- Approche intersystémique
- Analyse fonctionnelle pour fixer un objectif (comportement cible et facteurs influençants)



Quelles précautions?

Questionnement personnel



Nouvelles contraintes

- La sexualité est devenue une affirmation de soi
 - Liberté individuelle rime en fait trop souvent avec peur de l' autre
- nécessité d'une réflexion personnelle (et sociale?)
- Remettre en question ses propres conceptions à propos de la sexualité
 - Connaître la définition de « sa sexualité »
 - Se confronter à l' idée de sexualités (au pluriel), se confronter à la morale sexuelle, afin de ne pas enfermer le patient dans une vision rigide
 - Gérer ses propres angoisses

Croyances irrationnelles

- La femme n' est pas « sexuelle »
- La pénétration est obligatoire pour l' orgasme
- La femme est passive
- L' orgasme doit être simultané
- La ménopause signe la fin de la sexualité
- La sexualité est innée, doit être naturelle
- Les fantasmes sont interdits
- La masturbation est sale

Croyances irrationnelles

- La pénétration est obligatoire pour son plaisir
- L' érection doit être permanente durant le RS
- L' homme n' est pas sensuel
- L' acte sexuel est linéaire
- L' homme doit être actif
- L' homme a plus de désir sexuel
- L' éjaculation crée l' orgasme féminin
- Pas de désir ou d' érection signifie pas d' amour

Quelques faits

- Plus de 80% des patients interrogés trouveraient normal que leur médecin aborde le sujet...
- Plus de 80% des médecins indiquent ne pas aborder le sujet de peur que cela ne gêne leur patients...

Attendre que le patient en parle?

- Seul 30% des patients osent en parler spontanément à leur médecin.

Quand en parler?

- si le patient le demande
- en cas de difficultés de couple
- début d' un suivi régulier
- check-up ou tous les 5-10 ans si facteurs de risques cardio-vasculaires
- lors d' étapes de vie (adolescence, etc)
- plainte faisant suspecter un problème sexuel
- post-trauma, chirurgie

Comment aborder?

- Simplement, ouvertement, mots adaptés au patient
- Demander permission
- Verbaliser la gêne possible, dédramatiser
- Faire préciser pour éviter les malentendus
- Montrer que l' on ne peut pas tout savoir, que cela s' apprend
- Expliquer les raisons (médicales) de nos questions
- Gérer la distance affective
- Avoir des connaissances de base
- Proposer un moment ad hoc
- S' interroger sur les raisons qui pousse le patient (et le thérapeute) à aborder ce sujet

Prise en charge

« Traitement » de la DE

Thérapies sexologiques

- Interventions essentiellement étiologiques et intégratives
- En premier lieu comportementales et cognitives
- Systémiques
- Médicamenteuses (IPDE-5, prostaglandine..)
- Psychodynamiques

Intervention de 1er recours

- Psychoéducation, information, dédramatisation
- Formuler un modèle de compréhension du trouble avec le/la partenaire
- Facteurs somatiques, psychologiques, toxicologiques, relationnels ou sexuels
- Facteurs de stress, précipitants ou de maintien
- Intervention thérapeutiques « simples »
 - Étiologique
 - Médication (en première ligne selon GL actuels)
 - Travail cognitif et comportemental sur l'expérience émotionnelle

Arbre décisionnel en cas de DE

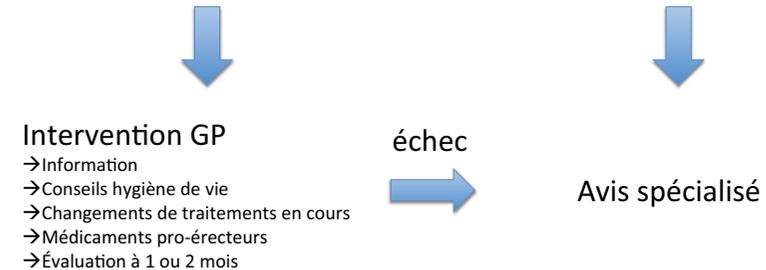
selon revue de littérature et recommandation AIHUS 2010

Problématique « simple »

- Secondaire
- Pas de comorbidités sexuelles
- Installation récente
- Capacité érectile résiduelle (pas généralisé)
- Couple motivé et pas de conjugopathie
- Anxiété modérée (?)

Problématique « complexe »

- Si pas le temps, la formation ou l'aisance
- Autres troubles sexuels (yc chez partenaire)
- Trouble psychiatrique important, anxiété importante
- Conjugopathie, conflits de couple
- Représentation rigides ou simpliste de la sexualité (restructuration cognitive)



copyright c.rollini 2013

ANAMNÈSE EN 6 POINTS (EXEMPLE DE QUESTIONS)

« Êtes-vous satisfait de votre vie intime et sexuelle ? » ...si le patient répond par la négative, poser les questions ci-dessous.

1. Type de problème

- Est-ce un problème de douleur, de désir, d'excitation, de plaisir, autre (faire préciser)?

2. Présentation

- Depuis quand souffrez-vous de ce problème ?
- Est-ce constant ou irrégulier ?

3. Causes possibles

- Souffrez-vous d'une maladie (physique/ psychique) ?
- Prenez vous des substances (médicaments ou drogues) ?
- Avez-vous un vécu traumatique par rapport à la sexualité ?
- Souffrez-vous de difficultés dans votre relation sentimentale ?

4. Facteurs précipitant et de maintien

- Comment le problème s'est-il manifesté, qu'est-ce qui aggrave ou qui améliore?

5. Vécu et conséquences du trouble sexuel

- Que pensez-vous du problème ?
- Qu'en pense votre partenaire ?
- Quel est l'impact du trouble sur votre vie quotidienne (à tous niveaux)?

6. Démarches entreprises par rapport à ce trouble

- Avez-vous déjà cherché une aide pour ce problème ?
- Pourquoi consulter maintenant et quelles sont vos attentes ?

copyright c.rollini 2008,2012

“Psychoéducation” (information)

- renforcer une recherche d'équilibre personnel
- éviter de cautionner une idées culpabilisantes de *norme* à laquelle on devrait se conformer
- remise en question des croyances par un questionnement socratique
- veiller à ne pas enfermer le patient de manière rigide dans nos propres représentations
- Donner de l'information

Interventions avancées

- Prise de conscience de l'effet négatif des attitudes de défense (hypercontrôle, rigidification)
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
 - Faire le point sur les ressources
- Révision des comportements et mise en place de stratégies d'adaptation provisoire
 - exposition provisoire et progressive à l'intimité érotique
- Proposer des stratégies d'adaptation centrées sur la résolution du problème
- Relancer une anticipation positive
- Coaching du couple (travail sur la communication)

Interventions spécialisées (cas référé)

- Si pas le temps, pas la formation ou pas à l'aise
- En cas de co-morbidités sexuelles
- Si trouble primaire (de tout temps)
- En cas de trouble sexuel résistant
- Co-morbidités psychiatriques importantes
- Problèmes grave dans le couple
- Représentation rigides ou simpliste de la sexualité (restructuration cognitive)

Traitement médicamenteux

- L'efficacité des IPDE-5 a révolutionné la prise en charge, surtout par le fait que les hommes ont osé plus demander de l'aide
- Il existe de plus en plus d'évidences pour un traitement rapide post-prostatectomie.
- Mais...les femmes qu'en pensent-elles? Est-ce que l'on traite le sentiment d'impuissance? la confiance en soi?
- Rendre une normalité (nouvelle contrainte) ne rend pas forcément la satisfaction/le bonheur

IPDE5

- Pas des aphrodisiaques, il faut du désir sexuel
- Sildenafil (Viagra): effet en 30-60min, interactions possibles avec les repas riches en graisse, efficacité de 6 à 12h, débuter avec 50 mg
- Vardenafil (Levitra, Vivanza): effet en 30 min, moins d'interactions avec repas riches en graisses, efficacité de 6 à 12h, débuter avec 10 mg
- Tadalafil (Cialis): effet en 30 min, pas d'interactions avec repas, efficacité de >36h, débuter par 10 mg

Choix de l'IPDE5

- Pas de grandes différences entre les 3 molécules, même efficacité
- certains préfèrent le sildenafil car il permet de fixer un RDV romantique d'autre le tadalafil pour que cela reste "naturel" et ne pas trop s'en soucier
- La vraie différence est le choix entre à la demande ou en continu
 - IPDE5: comme facilitateur de l'érection?
 - IPDE5: comme facilitateur de la relation?

A la demande vs continu

- Le tadalafil a été admis pour des traitements en continu (2,5 ou 5mg/j)
- Bonne tolérance, érections significativement améliorées
- Indiqué chez les diabétiques ou en post-op...ou si angoisse de performance ou interpersonnelle (majorité des cas)
- Inconvénient: prise régulière
- Avantage: corrige le sentiment d'impuissance et n'augmente pas l'angoisse de performance

Effets indésirables des IPDE5

En général légers, effet de tolérance

- Céphalées
- Vertiges
- Flush
- Dyspepsie
- Congestion nasale
- 2% Troubles visuel bénins (sildenafil et vardenafil)
- 6% Dorsalgies et myalgies (tadalafil)
- Pas d'augmentation du risque d'infarctus (voir amélioration de la fonction endothéliale)

Contre-indications et interactions

- Troubles cardiaques décompensé ou sous vasodilatateurs de type dérivés nitrés
- Prises de poppers (nitrite d'amyle)
- Prudence en cas de troubles oculaires (neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique, glaucomes)
- Interactions possibles avec alpha-bloqueurs: hypotension orthostatique (débuter si le ttt alpha-bloqueur est stabilisé et à la plus petite dose)
- Utiliser des doses plus faible chez les patients prenant: ketoconazole, itraconazole, erythromycin, clarithromycin, anti-proteases
- Des doses plus élevées peuvent être nécessaire: rifampicin, phenobarbital, pheytain, carbamazepine

Reprise d'une activité sexuelle (suite à prise en charge DE) et risque cardio-vasculaire

- Low risk:
 - Asymptomatiques, avec moins de 3 FRCV (exclus genre)
 - Angine stable et modérée
 - ATCD cardiaques non compliqués (NYHA class I)
 - s/p revascularisation réussie
 - HTA contrôlée
 - Maladie valvulaire légère
- High (or intermediate) risk:
 - Tous les autres patients → avis cardiologique

Non réponse

- Stimulation adaptée?
- Dosage?
- Délai adéquat entre la prise et le RS?
- Anxiété?
- Nombres d'essais suffisants?

- Changer d'IPDE5 et/ou avis spécialisé

- NB: ttt de 2ème ligne prostaglandines, 3eme ligne prothèses...mais avis spécialisé avant!!



Les hommes ont évolués

- À la question « Qu'est-ce qu'un rapport sexuel réussi pour vous ? »
- 60 % des hommes répondent : « Vivre un moment d'intimité partagée. »
- Aujourd'hui, la très grande majorité des hommes en couple ne dissocie plus sexe et sentiments

Formation et réseau

Formation et réseau

- Une formation à l'évaluation sexologique et aux moyens thérapeutiques est un des moyens de pallier à la prise en charge sous optimale
- La nécessité d'un réseau de spécialiste clairement définis permet aux médecins de premier recours d'aborder ce sujet en sachant à qui adresser ensuite.

www.swissexology.com

Take Home Messages

- Se questionner: sur nos représentations de la sexualité pour ne pas y enfermer nos patients
- Faire une évaluation médicale systématique et traiter les étiologies traitables
- Informer: déculpabiliser, remettre en question les fausses croyances
- Prendre en charge: connaître ses compétences et limites, savoir faire
- ...travailler en réseau

Bibliographie

1. Principles and practice of sex therapy, S. Leiblum, Ed. Guilford
2. Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles, FX Poudat, N. Jarousse, Ed Masson
3. Systemic Sex Therapy, K. M. Hertlein and al.
4. Les dysfonctions sexuelles, Gilles Trudel (Presses de l' Université du Québec, 2ème édition)
5. The New Sex Therapy, Active Treatment of Sexual Dysfonctions, Helen Singer Kaplan, Brunner (Mazel, Publishers, New York 1974)
6. Antimanuel d' éducation sexuelle, M. Iacub et P. Maniglier, Ed. Bréal
7. La vie sexuelle des magazines, A. Steiger, Ed. Michalon
8. Hommes, femmes, D.C. Geary, Ed. De Boeck
9. The new sex therapy, H. S. Kaplan
10. Basson R., Schultz W.W., Sexual sequelae of general medical disorders, Lancet 2007
11. Stevenson RWD et al. How to become comfortable talking about sex to your patients. CMAJ 1983; 128: 797-800
12. Global Sex Survey, Durex
13. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, Mc Kinlay J. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study, J Urol 1994 Jan; 151 (1):54-61