

**Introduction**

La sexualité est un élément de la vie du couple et même des relations humaines. Une sexualité satisfaisante joue un rôle tout aussi important pour le bien-être et l'équilibre que d'autres satisfactions familiales, sociales ou professionnelles. Devenu un des motifs de préoccupation et de consultation de plus en plus prépondérant tant en médecine générale qu'en urologie, la dysfonction érectile ou impuissance fait intervenir une constellation complexe de phénomènes tant physiques que psychologiques.

**L'impuissance c'est quoi ?**

La dysfonction érectile est définie comme une impossibilité persistante et/ou permanente à maintenir une érection en vue d'un rapport sexuel complet et satisfaisant pour l'un et l'autre partenaire. Chacun d'entre nous peut être sujet à des pannes occasionnelles et brèves dont les causes sont nombreuses et diverses (stress, tension, fatigue, tabac, prise d'alcool excessive, nouvelle partenaire). On parle toutefois de dysfonction lorsque ces pannes sont répétées et/ou continues et durent depuis plus de 6 mois.

L'on n'insistera jamais assez sur le fait que la sexualité intéressant le couple, ce sont les deux partenaires qui seront affectés par un échec de l'un ou l'autre. En effet, la dysfonction érectile constitue souvent une épreuve pénible pour la femme comme pour l'homme. Comme le précise Bondil, « *la femme subit les modifications d'humeur de l'homme liées à des sentiments intriqués de dévalorisation, de honte, de frustration et de culpabilisation, voire d'hostilité* ». Les angoisses de la performance ainsi que la crainte de l'échec sont à l'origine d'une perte des moments d'intimité.

**Mythes ou tabous... ou peut-être bien les deux**

- **C'est uniquement dans la tête** : pendant longtemps on a considéré que l'impuissance n'était pas une maladie mais une infirmité ou pire une vue de l'esprit et dans plus de 90% des cas d'origine psychologique ! De ce fait, les patients n'osaient pas consulter et les médecins gardaient une réserve timide et froide face à ces hommes dont les problèmes ne regardaient qu'eux, la science médicale ne daignant pas trouver de solution. Ce que l'on oublie facilement est qu'une perte d'érection ou tout autre trouble sexuel même momentané conduit très rapidement à une perte de l'estime de soi avec dévalorisation, crise existentielle entraînant un cercle vicieux diabolique et destructeur. Cette perte de confiance n'affectera pas seulement l'homme seulement, mais le couple et sa dynamique tant dans sa dimension sexuelle que relationnelle. Il n'est pas rare que s'installe une méfiance au sein de couples apparemment stables et épanouis où l'un des partenaires va jusqu'à soupçonner son compagnon de bisexualité ou de vivre une relation extraconjugale. Depuis plusieurs années maintenant, l'on sait que la dysfonction érectile est dans la plupart des cas (80%) un phénomène organique dont les causes sont bien réelles et physiques et que le trouble psychique ne s'installe que secondairement.

- **Et les hormones, docteur !?** Un autre mythe fréquemment rencontré est qu'un homme impuissant est un homme qui manque d'hormones. Il est certain que les hormones stéroïdes et surtout la testostérone, produite par les testicules, jouent un rôle capital dans le maintien de la libido, de la fonction et la maturation des organes génitaux externes ainsi que lors du rapport sexuel, mais il est faux de ramener la dysfonction érectile à un trouble hormonal pur. En cas de trouble sexuel après 50 ans, les hormones sont habituellement très vite incriminées. Toutefois, « l'andropause » ou déficit androgénique lié à l'âge est un phénomène irrégulier et disparate réalisant une diminution progressive de la sécrétion des hormones chez environ 30% de la population masculine. Il est important de rappeler qu'il n'y a pas d'arrêt total et brutal de la sécrétion hormonale comme dans la ménopause. Il est vrai aussi que certains patients pourront bénéficier en plus d'un traitement spécifique à la dysfonction érectile, d'une substitution hormonale androgénique en cas de déficit

prouvé biologiquement chez un patient symptomatique et après s'être assuré de l'absence de contre-indication (notamment risque de cancer de prostate). Néanmoins, la libido est autant un problème d'hormones que d'état d'esprit... Ne pas oublier que le désir repose aussi et surtout sur notre capacité de communication et de séduction.

**- C'est normal, c'est l'âge...** Selon plusieurs études, la sexualité est encore d'actualité pour près de 70% des hommes de plus de 80 ans ! Il faut cependant réaliser que les changements liés aux déclinés de certaines fonctions physiologiques chez l'homme comme chez la femme, aboutissent parfois à une restructuration des objectifs de vie, permettant des sentiments profonds et sensuels plutôt que charnels. Ainsi, les transformations physiologiques liées à l'âge conduisent parfois nos aînés à adopter une attitude plus réservée quant à leur sexualité qui devient alors un véritable tabou pour eux-mêmes, les soignants, leurs enfants et enfin la société. Plus qu'avec tout autre patient, il faudra veiller à ouvrir un dialogue de confiance avec un homme vieillissant lui permettant de s'exprimer sur son désir de sexualité, sa baisse de libido en même temps que ses autres problèmes de santé afin de permettre de protéger sa qualité de vie et son capital santé.

### **Quelques chiffres...**

D'une manière générale, l'on peut dire que la dysfonction érectile touche ou va toucher la moitié de tous les hommes âgés de 40 à 70 ans. Dans le monde, 150 millions de personnes sont touchées par la dysfonction érectile. En Suisse, environ 350 000 hommes souffrent d'impuissance. Sur ces 350 000 personnes, moins de 10 pour cent vont consulter un médecin. Les causes en sont diverses : peur de parler, de ne pas être écouté, de consulter pour rien, qu'il n'y ait aucun traitement. D'autre part, il faut bien avouer que tous les médecins ne sont pas prêts ou préparés à gérer ce problème. Plutôt que d'être frustré ou pire de frustrer son patient, il est impératif que le médecin qui n'est pas décidé à s'investir dans la prise en charge des patients atteints de dysfonction érectile passe le témoin à des confrères plus compétents ou/et motivés à écouter et à conseiller...

Selon les dernières études récentes, environ 110 000 comprimés pour traiter la dysfonction érectile sont prescrits en Suisse par mois. Il est vrai que la tendance est à la hausse d'une part grâce à l'arrivée de nouveaux médicaments pour traiter la dysfonction et d'autre part depuis que l'on a compris cette dernière décennie que plus de 80% des impuissances masculines étaient d'origine organique. En effet, la dysfonction érectile présente les mêmes facteurs de risque que la maladie coronarienne : hypertension, hypercholestérolémie, diabète, mais aussi tabagisme, sédentarité. Il est intéressant de noter que chez les patients coronariens souffrant de dysfonction érectile, dans plus de 60% des cas, l'impuissance sexuelle précède la découverte de la maladie coronarienne, et parfois constitue le seul signe d'appel.

Ainsi, l'on a tendance à considérer la découverte d'une dysfonction érectile comme un indicateur précoce d'une maladie cardiovasculaire.

### **L'érection, comment ça marche ?**

Une érection normale résulte d'une interaction harmonieuse entre des facteurs psychologiques et physiologiques. Ces derniers nécessitent un fonctionnement correct des vaisseaux sanguins, des transmissions nerveuses intactes et la présence d'hormones particulières.

Le début d'une érection est provoqué au niveau d'une zone très spécifique du cerveau (hypothalamus) par une stimulation érotique qui peut être visuelle, tactile olfactive due à l'éveil des sens ou à des pensées. Des influx nerveux parviennent alors aux organes génitaux où un processus biologique et biochimique (libération d'oxyde nitreux, NO) provoquent le gonflement et la rigidité du pénis. Ce processus se traduit par l'élargissement des artères péniennes dû au remplissage des deux corps caverneux qui entourent l'urètre, par un afflux de sang. Quand les corps caverneux se remplissent, le pénis contient huit fois plus de sang qu'à l'état de repos. Ce sang est retenu sur place par la compression des veines au niveau de la membrane albuginée, ce qui l'empêche ainsi de circuler, maintenant le système verrouillé, sous tension (« mécanisme de l'autoclave »). Les corps caverneux étant

commandés par un système musculaire indépendant de la volonté, une diminution de la stimulation sexuelle ou l'éjaculation, (accompagnée d'une libération importante d'adrénaline) entraînent une contraction involontaire des cellules musculaires aboutissant à une décompression des veines, permettant ainsi au sang de re-circuler normalement. Les corps caverneux se vident et le pénis retrouve sa forme initiale (cf figures 1 – 2). Les corps caverneux, véritables moteurs de l'érection sont décrits comme des **éponges actives, vivantes et autonomes** ayant à leur service des artères et des veines (Bondil).

**Docteur, quelles les causes à l'origine d'un dysfonctionnement ?**

Les causes principales à l'origine d'une dysfonction érectile sont surtout physiques et sont les suivantes :

<b>MALADIE</b>	<b>MECANISME (S) EN CAUSE</b>
Athérosclérose (maladies cardio-vasculaires)	Rétrécissement des artères en raison d'une accumulation de graisses et cholestérol
Hypertension artérielle	Sclérose des petites artères péniennes
Diabète	Vasculaire : sclérose Nerveux : Diminution voire abolition du signal nerveux conduisant l'influx au pénis
Maladies neurologiques y compris la dépression	Perturbations ou lésions des connexions nerveuses
Traumatisme du petit bassin	Lésions vasculaires et nerveuses
Chirurgie au niveau du petit bassin ou du rétropéritoine : cancer du testicule, prostate, vessie, rectum	Lésion des nerfs érecteurs ou/et des plexus sympathiques
Déformation pénienne (maladie de La Peyronie)	Accumulation de plaques fibreuses de collagène au niveau de la membrane albuginée du pénis
Autre : Tabagisme, médicaments (anti-hypertenseurs, antidépresseurs surtout)	

Comme on peut le constater, la dysfonction érectile représente un marqueur clinique de l'état de santé globale et de la qualité de vie d'un homme. En effet, la dysfonction érectile est surtout un symptôme ou fenêtre qui doit nous faire tirer la sonnette d'alarme et attirer notre attention sur les situations à risque (obésité, diabète, maladies vasculaires, tabagisme, alcool, stress etc...) à l'origine de nombreux dysfonctionnements.

***Je n'ai aucun facteur de risque et je n'y arrive quand même pas...***

Toutefois, certaines pathologies ne relèvent pas d'un simple trouble de la mécanique au niveau de la verge, mais bien d'un défaut d'intégration des émotions et des influx sensoriels au niveau cérébral. Les mécanismes et l'importance physiologique de l'érection dite psychique soulignent le rôle primordial de la stimulation sexuelle dans l'initiation du mécanisme érectile. Le psychisme est avec le pénis l'un des « organes » sexuels majeurs de l'homme. Dans ces conditions, la prise en charge sexothérapeutique visera à re-stimuler le désir, l'envie et surtout de lever les inhibitions inconscientes qui peuvent être d'ordre émotionnel, religieux, culturel ou éducatif.

Bien évidemment la prise en charge d'un dysfonctionnement érectile ne sera jamais – sauf rares exceptions - ni uniquement physique ni uniquement psychique, mais tentera dans la mesure du possible d'obtenir une intégration de la vie psycho-émotionnelle et affective de l'homme et de la dynamique du couple. A ce propos, il n'est pas rare de constater des échecs de traitements médicamenteux pour des dysfonctionnements dit purement physiques et pour lesquels il n'y a pas eu suffisamment d'explications et de soutien du ou des thérapeutes quant à la stimulation du désir et à l'intégration de la prise du médicament ou substance chimique dans le jeu amoureux.

***J'ai consulté, et après ?***

Après une écoute attentive et facilitatrice d'un dialogue bienveillant, le médecin devra procéder à un examen clinique minutieux et complet intégrant les systèmes endocrine, vasculaire, nerveux, urinaire, et génital. Bien souvent les causes de dysfonction sont évidentes ou presque chez un patient diabétique, hypertendu, ayant des troubles du métabolisme des lipides et prenant plusieurs médicaments.

La première consultation est capitale car elle permettra alors au médecin d'établir le diagnostic dans un climat harmonieux et propice à la suite de la prise en charge. Parfois, il faudra insister en plus de l'adaptation des traitements sur la correction des facteurs de risque et de l'hygiène de vie (tabagisme, sédentarité). En outre il n'est pas rare, qu'un patient ayant mis du temps à consulter soit entré dans un état de dépression du fait de ses échecs répétés dans sa sexualité et prennent encore des médicaments antidépresseurs qui vont aggraver son trouble érectile ! Il faudra alors identifier rapidement le ou les troubles à l'origine de l'impuissance afin d'introduire un traitement spécifique au trouble érectile permettant bientôt l'arrêt de l'antidépresseur. Chez le patient de plus de 50 ans ou ayant une anamnèse familiale de cancer de prostate, il faudra insister sur l'examen de la prostate tant clinique, échographique que biologique (dosage du PSA : antigène spécifique de la prostate et marqueur des maladies de la glande).

Certaines pathologies (notamment vasculaire ou lorsque le trouble érectile est peu claire) nécessiteront un complément d'examen (doppler des artères et veines péniennes après injection intra-caverneuse de prostaglandine, étude de la rigidité et de la tumescence nocturnes, parfois cavernosométrie et / ou cavernosographie).

Une prise de sang permettant d'étudier le profil lipidique, métabolique et hormonal du patient permettra également d'exclure les causes endocrinologiques de dysfonction en même temps que de s'assurer de l'absence de déficit en testostérone.

Une fois le diagnostic établi, un suivi et une prise en charge active sont impératifs afin de lever l'angoisse du patient et surtout de pouvoir adapter le traitement. A cet effet, dès la deuxième consultation, il sera très souvent bénéfique d'intégrer le ou la partenaire à la discussion et à la prise en charge. Le médecin devra alors insister sur le fait que le regain de la sexualité ne doit pas forcément signifier performance et que la correction de la mécanique érectile n'est pas seule en cause dans l'harmonie du couple et le déroulement d'une sexualité adéquate. En effet, chaque homme a son rythme amoureux, sa sexualité que la partenaire doit respecter sous peine de voir se briser la confiance si fragile de l'homme à peine guéri...

Déculpabiliser et apprendre à déculpabiliser sera aussi au rôle capital de la partenaire et...du médecin.

### ***Y-a-t'il un traitement pour moi ?***

A l'heure actuelle, les traitements pharmacologiques sont devenus une réalité de tout premier plan depuis la découverte et la mise sur le marché du Sildénafil (Viagra®) en 1998. A ses débuts, la « petite pilule bleue » a été victime du sensationnel et des médias au détriment d'une information scientifique claire notamment en ce qui concerne les effets cardiovasculaires et les décès survenus chez des patients qui n'avaient pas respecté les contre-indications formelles ainsi que la posologie du médicament. Par la suite ont été mis au point le Vardénafil (Levitra®) et le Tadalafil (Cialis®). Ces 3 médicaments ont un mécanisme d'action similaire par inhibition de la PDE5 (5-phosphodiesterase) qui est basé sur l'utilisation des réserves de la capacité érectile. Ceci aboutit à une accentuation de la relaxation de la musculature du tissu érectile et donc du sang artériel dans les corps caverneux permettant de maintenir l'érection plus longtemps.

Chacune de ces pilules est très efficace permettant de traiter près de 70% des dysfonctions érectiles toutes causes confondues. La tolérance, notamment cardiovasculaire est excellente malgré quelques effets secondaires qui varient de 10 à 20% selon les études et qui aboutissent rarement à l'arrêt du traitement.

Les différents inhibiteurs de la 5PDE ont des demi-vie différentes ainsi que des effets secondaires variables. Ainsi, le Vardénafil (Levitra®) est un médicament très sélectif



au niveau du pénis avec des effets secondaires moins marqués que le Sildénafil (Viagra<sup>®</sup>) . Le Tadalafil (Cialis<sup>®</sup>), quant à lui, possède une demie-vie plus longue que ces prédécesseurs permettant une plus longue durée d'action. En outre il autorise également une plus grande spontanéité chez les sujets anxieux et stressés.

En raison des effets sur la tension artérielle et le système vasculaire ces médicaments sont formellement contre-indiqués chez les patients ayant une maladie coronarienne instable ou prenant des médicaments à base de dérivés nitrés. Il n'est pas inutile de rappeler que les patients atteints d'une maladie coronarienne stable traitée ou n'ayant pas de contre-indication à un effort modéré correspondant à une activité sexuelle peuvent parfaitement profiter du bienfait de ces traitements.

Toutefois, c'est surtout le bilan médical qui permettra de dépister les patients à risque qui nécessitent un bilan cardiologique complémentaire (diabétiques par exemple qui font des angines de poitrine silencieuses).

D'autres traitements de seconde intention comme les injections intra-caverneuses, la pompe à vide ou la prothèse pénienne sont réservés à une catégorie de patients n'ayant pas répondu aux traitements médicamenteux ou ayant des indications spécifiques (après chirurgie, traumatismes vasculaires etc...).

Enfin, il ne faut pas oublier les traitements psychothérapeutiques et les prises en charge sexologiques lorsque le patient a une mauvaise image de soi ou un blocage psychologique ou psycho-affectif évident. La thérapie visera alors en conjonction avec un traitement pharmacologique à débloquer une relation de couple tout en redonnant confiance aux partenaires.

**Conclusion**

En dehors de sa valeur de marqueur clinique d'un dysfonctionnement endothélial vasculaire, la dysfonction érectile apparaît comme un outil sensibilisateur potentiel pour les patients comme pour les médecins de part son rôle en tant que paramètre de leur qualité de vie. Outre le fait que la consultation dans le cadre d'une prise en charge de la dysfonction érectile doit être l'occasion de dépister les maladies cardiovasculaires potentielles, elle doit également permettre au médecin consulté d'ouvrir un dialogue franc et empathique donnant au patient la possibilité de se confier en toute liberté et de permettre ainsi la mise en place d'un traitement efficace et approprié à son problème spécifique. Grâce aux nouveaux traitements pharmacologiques de la dysfonction érectile, le patient n'a plus de raison de ne pas consulter et le médecin ne doit plus avoir de réticence à écouter.

**Ce qu'il faut retenir...**

- 1. Dysfonction Erectile = Dysfonction Endothéliale : la verge et le cœur sont deux organes très semblables.**
- 2. Un trouble érectile est un marqueur précoce de l'état de santé du patient et notamment de son système cardiovasculaire.**
- 3. Dans la majorité des cas (80%) il s'agit d'un trouble d'origine organique**
- 4. Un bilan médical (clinique et biologique) complet est capital.**
- 5. Une détection précoce ainsi qu'une prise en charge proactive sont impératives : ouvrir le dialogue et autoriser l'écoute.**
- 6. Intégrer la partenaire et traiter le patient dans son ensemble sans oublier la relation de couple.**
- 7. Ne pas hésiter à recourir à une approche sexothérapeutique.**
- 8. Les médicaments de la dysfonction érectile (inhibiteurs de la 5PDE) sont bons pour le cœur dans tous les sens du terme...**
- 9. Chez les patients sous contrôle médical, ces traitements permettent de retrouver des érections dans plus de 70% des cas sans risque majeur.**
- 10. Ne pas perdre l'estime de soi en gardant son esprit de séduction.**

