

## **Santé sexuelle au masculin**

La santé sexuelle est une partie intégrante et essentielle de notre santé et de notre bien être, et ce, tout au long de notre vie. Bien que l'on parle de nos jours plus librement de sexe, la sexualité reste encore un sujet tabou. Preuve en est le fait que les demandes des patients vis-à-vis de leur médecin de famille ou auprès des spécialistes consultés restent timides et parfois peu explicites. En effet, beaucoup de mythes et de mensonges circulent. Pourtant, la dysfonction érectile (DE) est souvent l'unique et préoccupant symptôme non seulement d'un dysfonctionnement sexuel plus global chez l'homme, mais également un indice de son état de santé.

### **Dysfonction érectile**

La DE est le terme retenu pour décrire l'incapacité à obtenir et/ou à maintenir une érection pénienne suffisamment rigide pour permettre des relations sexuelles satisfaisantes. Même si chacun d'entre nous peut être sujet à des pannes occasionnelles et brèves dont les causes sont nombreuses et diverses, on parle toutefois de dysfonction lorsque ces pannes sont répétées et/ou continues et durent depuis plus de 6 mois.



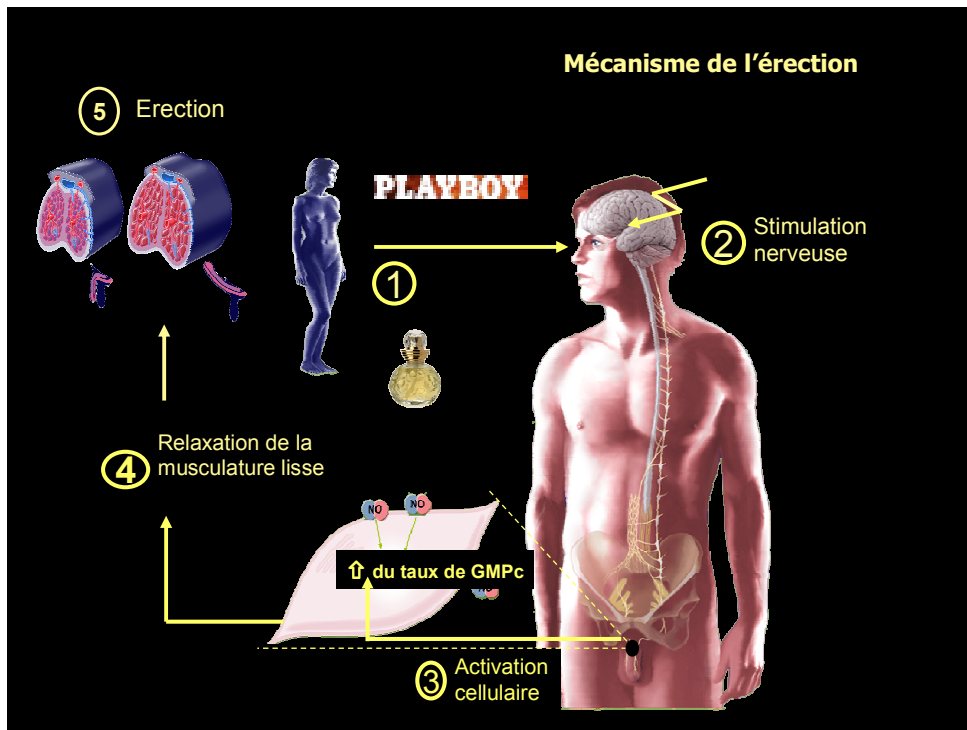
### **Et pourquoi ne pas en parler ?**

C'est la question que l'on a envie de poser lorsque l'on constate l'ampleur du phénomène ainsi que l'angoisse générée non seulement lorsqu'un dysfonctionnement apparaît, mais surtout par le fait de ne pas en parler. Pourtant, même si le phénomène n'est pas nouveau, il est relativement récent et novateur que les médias notamment par le biais de ce moteur puissant que constitue l'internet deviennent la scène de discussions apparemment ouvertes et de débats animés autour du dysfonctionnement sexuel. Y a-t-il

de nos jours plus d'hommes souffrant de dysfonctionnement érectile ou de trouble de la sexualité que par le passé ? Probablement pas, mais, les chiffres récents parlent d'eux-mêmes : 400'000 personnes en suisse touchées par ce problème, dont seulement 10% consultent ou cherchent un avis médical spécialisé; 110 000 comprimés prescrits dans notre pays chaque mois pour traiter la DE. Il s'agit d'un phénomène qui touche ou va toucher la moitié de tous les hommes âgés de 40 à 70 ans. Les prévisions quant à la prévalence mondiale pour 2025 sont estimées à 322 millions de personnes atteintes par la DE! La question est de ce fait légitime : pourquoi ne pas en parler ? Tout d'abord en raison de la gêne et de la honte que peut ressentir un homme atteint dans sa virilité, puis, le sentiment de culpabilité liée à l'impuissance ou à l'incapacité de rendre sa partenaire heureuse. Enfin et surtout, la crainte de ne pas être écouté. L'inhibition provient essentiellement de l'ignorance non seulement dans le grand public, mais également de la part de certains médecins. Pourtant, il ne faut pas négliger le fait que dans 80% des cas, la DE est liée à une cause physique ou organique sous-jacente que l'on peut diagnostiquer et prendre en charge efficacement.

### **Physiologie de l'érection**

Le début d'une érection est provoqué au niveau d'une zone très spécifique du cerveau (hypothalamus) par une stimulation érotique. Des influx nerveux parviennent alors aux organes génitaux où un processus tant biologique que biochimique (libération d'un neurotransmetteur très important, l'oxyde nitrique ou NO) provoque une cascade d'événements aboutissant à la relaxation de la musculature lisse du corps caverneux permettant d'accepter une capacité impressionnante de sang dans le pénis qui se gonfle puis obtient sa rigidité maximale. C'est l'érection qui est maintenue en principe jusqu'au moment d'une éjaculation où l'adrénaline alors libérée par le système nerveux sympathique contracte la cellule musculaire lisse ce qui aboutit à un relâchement du pénis.



### Dysfonction érectile, véritable baromètre de l'état de santé de l'homme

Le pénis peut être considéré comme un véritable organe vasculaire spécialisé. En effet, la cellule endothéliale qui tapisse les sinusoides du corps caverneux est identique fonctionnellement et structurellement à la cellule endothéliale du muscle cardiaque ou des vaisseaux sanguins. Le dysfonctionnement érectile est donc avant tout un dysfonctionnement de la cellule endothéliale du corps caverneux dans sa capacité à se relaxer et donc à accumuler le sang nécessaire à l'érection. L'on comprend aisément que la dysfonction érectile puisse représenter un symptôme unique et précoce d'un dysfonctionnement cardio-vasculaire. Ainsi, tous les facteurs de risque peuvent la révéler : hypertension, hypercholestérolémie, diabète, mais aussi tabagisme, sédentarité. Toutes ces conditions occasionnent un stress oxydatif pour la cellule endothéliale aboutissant à une perte progressive de sa fonction. Chez les patients coronariens souffrant de DE, dans plus de 60% des cas, la DE précède la découverte de la maladie cardiaque, et en constitue, parfois, le seul symptôme. D'autres « tueurs silencieux de l'érection » sont représentés par certaines classes de médicaments (surtout anti-hypertenseurs et psychotropes), la chirurgie pour cancer (vessie, prostate, rectum) au niveau du petit bassin ainsi que certaines formes de déviation pénienne comme la maladie de La Peyronie qui correspond à une fibrose progressive de la membrane albuginée des corps caverneux du pénis. L'hypertrophie de la prostate ainsi que la constellation de troubles mictionnels liés à des maladies inflammatoires et bénignes de la prostate à partir d'un certain âge constituent

également une cause non négligeable de dysfonctionnement sexuel. Les problèmes psychiques ou psychologiques purs représentés par les troubles nerveux ou relationnelles ainsi que l'immaturation sexuelle représentent un problème à part.

### **Bilan médical et prise en charge**

Avant toute chose, il est impératif de déterminer si le patient qui consulte présente un problème de dysfonction érectile à proprement parlé ou un problème de désir, voire un trouble de l'éjaculation. A cet égard, l'anamnèse constitue bien souvent la pierre angulaire de l'évaluation de la dysfonction sexuelle. Elle permettra déjà à elle seule de poser le diagnostic dans la majorité des cas. Avant de mettre en place un quelconque traitement ou des examens complémentaires parfois invasifs, il sera capital de cerner le contexte dans lequel l'homme vient consulter (âge d'apparition, début, sévérité, signification et circonstances). Il convient de questionner le patient sur sa vie sexuelle antérieure, et l'existence éventuelle de difficultés sexuelles lors des premières expériences. Il conviendra également de s'enquérir du retentissement de la dysfonction érectile ainsi que de l'importance que le patient accorde à son trouble, sachant qu'elle n'est pas obligatoirement proportionnelle à la sévérité de sa dysfonction érectile. A cet égard, la première consultation est capitale car elle permettra au médecin d'établir le diagnostic dans un climat harmonieux et propice à la suite de la prise en charge. Une prise de sang ciblant le profil lipidique, métabolique et hormonal du patient permettra de compléter le bilan. Une fois le diagnostic établi, un suivi régulier et une *prise en charge proactive* sont impératifs afin de lever l'angoisse du patient et surtout de pouvoir adapter le traitement. 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.

### **Le couple : espace de communication ou annonce d'un naufrage avéré ?**

Hormis les facteurs de risque organiques générateurs de DE dont nous avons déjà parlé, deux constantes véhiculées trop souvent par l'homme dans son approche de la sexualité sont représentées par la peur de l'échec et la recherche de la performance. Ces deux éléments sont bien souvent générateurs d'angoisse et concourent à vicier les relations de couple. En effet, la santé sexuelle de l'homme est aussi et surtout une affaire de femmes et de couple. Or, on assiste bien souvent de nos jours à une collusion entre la crainte masculine de déchoir en montrant qu'on a besoin d'une aide et le veto féminin qui ne veut pas d'associé à son pouvoir de provoquer la réaction sexuelle adéquate de son partenaire.

Ces points sont d'autant importants que dans notre société il existe une véritable dichotomie entre le sexe et l'amour qui ne se déclinent plus ni ensemble ni de la même façon. Le message véhiculé par l'homme « je n'arrive plus à avoir d'érection » est traduit par la femme « il ne m'aime plus, je ne suis plus désirable ! ». L'angoisse est de plus malheureusement potentialisée par l'aspect normatif de la sexualité que veut imposer la société notamment par le biais de la pornographie télévisuelle ou « on-line. » Au-delà des causes de la faillite du mécanisme érectile transparaît alors la problématique liée à l'incompréhension entre hommes et femmes en matière sexuelle.



### **Une pilule pour tous les hommes ?**

Les traitements pharmacologiques de la DE sont devenus une réalité de tout premier plan depuis la découverte et la mise sur le marché des inhibiteurs de la 5 Phosphodiesterase (5-PDE). Ces molécules ont un mécanisme d'action similaire par inhibition d'une enzyme, la 5-PDE, permettant une potentialisation, lors d'une stimulation sexuelle, de la myo-relaxation intra-caverneuse et donc l'augmentation de l'afflux sanguin vers le tissu érectile. Chacune de ces pilules, très efficace, permet de traiter près de 65 à 85 % des dysfonctionnements érectiles, toutes causes confondues. Le respect strict de leurs contre-indications, dont la principale est la prise de dérivés nitrés ou de médicaments donneurs de NO et de leurs précautions d'emploi, en particulier les interactions médicamenteuses, est indispensable avant l'instauration du traitement. 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 5-PDE ont des demi-vies ainsi que des comportements variables. Toutefois, il n'est pas inutile de rappeler que ces médicaments ne sont pas des pilules du désir ou des succédanés de la libido. Ce sont de véritables traitements facilitateurs de l'érection permettant de potentialiser un phénomène physiologique. Leur prescription doit impérativement faire l'objet d'un suivi médical. 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. Enfin, il ne faut pas oublier la prise en charge psychothérapeutique et/ou sexologique lorsque le patient a une mauvaise image de soi ou un blocage évident.

#### **« Et les hormones, docteur ? »**

La recherche d'un déficit androgénique biologique est recommandée chez les patients présentant des facteurs de risque d'hypogonadisme ou en cas de signes cliniques évocateurs, comme une diminution du désir sexuel ou la disparition des érections nocturnes en fréquence et en qualité. Pour certains patients, en dehors de ces signes d'appel, un dosage systématique de la testostéronémie chez l'homme de plus de 50 ans pourrait être également proposé. Le dosage de la testostéronémie totale, libre, mais surtout biodisponible est préconisé : le prélèvement doit être effectué le matin entre 8 et 11h. En cas de déficit avéré en présence de symptômes, il ne faut pas hésiter à prescrire un traitement hormonal substitutif sous forme de gel, capsules ou injection. L'étude des antécédents, ainsi que des contreindications, un examen clinique avec palpation des seins et toucher rectal ainsi qu'un dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA), une numération formule sanguine (hématocrite) et un bilan lipidique sont recommandés. Il n'y a pas de limite d'âge maximale au traitement par androgènes. Il est intéressant de noter que l'association des inhibiteurs de la PDE 5 à la substitution androgénique permet d'améliorer la réponse au traitement spécifique de la DE.

#### **Quelles perspectives pour l'avenir ?**

Malgré l'efficacité des inhibiteurs de la 5-PDE, il faut tout de même mentionner qu'environ 30% des patients ne répondent pas aux traitements oraux. La recherche en neurobiologie et actuellement en thérapie génique permettrait peut-être de donner un espoir à ces patients. Le but de la thérapie génique est de permettre une érection physiologique sans devoir passer par la prise d'un médicament, d'une injection intracaverneuse ou de la chirurgie. Le pénis constitue à cet égard un outil idéal de travail. En effet, bien que connecté à la circulation général il représente un organe à part entière. Comme nous l'avons vu, la clé du mécanisme érectile passe par la relaxation de la cellule musculaire

lisse du corps caverneux et c'est à ce niveau que devraient se concentrer tous nos efforts grâce à la mise au point d'un mécanisme qui permettrait d'augmenter la production ou d'auto-entretenir le relâchement de NO au niveau du tissu caverneux.

## **Conclusion**

La dysfonction érectile est une condition très commune qui affecte la qualité de vie de milliers de couples. Malheureusement, il faut encore se battre aujourd'hui pour imposer la vérité : les maux du sexe sont curables. Toutefois, il ne suffit pas de réparer la mécanique. On ne pourra regonfler le pénis et obtenir des résultats que si l'on réussit à effacer les traces du passé, sans oublier que derrière l'organe en cause, il y a tout un individu et un couple qui souffrent. 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 surtout 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. De grands progrès ont été accomplis dans la compréhension de la pathophysiologie de l'érection conduisant ainsi au développement de nouveaux agents thérapeutiques très efficaces et peu invasifs. En outre, la possibilité aujourd'hui que nous avons de traiter la DE agit comme un révélateur de l'ensemble des problèmes de sexualité. Au-delà du traitement, il y a un travail à mener en amont et en aval de l'acte sexuel. Travail sur soi, communication avec l'autre qui doit prendre en compte et évacuer tous les aprioris, les idées reçues, les modes en matière de comportement sexuel et ne retenir, en fin de compte, que le souci de l'harmonie dans le respect de l'autre.