

## Dysfonction d'érection et dysphorie de genre : deux pathologies qui peuvent concerner le généraliste

*Prof. Bernard Ruedi  
Neuchâtel*

L'intérêt porté à l'endocrinologie sexuelle et le privilège d'avoir travaillé pendant plus de vingt ans avec un sexologue me donnent l'occasion d'un regard sur l'évolution au cours de ces dernières décennies de deux pathologies sexuelles, les dysfonctions d'érections et les dysphories de genres, pour lesquelles le médecin généraliste peut jouer un rôle important dans leur dépistage et leur prise en charge.

D'autre part, la mise au point de médicaments érectogènes pharmacologiquement très actifs permet aujourd'hui des actions efficaces mais dont les indications soulèvent des questions éthiques et économiques qui ne peuvent être occultées, nous donnent une occasion de redéfinir les objectifs et les buts de certains volets de notre pratique médicale et remettent en question la définition même de la dysfonction d'érection, en tant que maladie chaque fois où elle est présente.

### **Un regard en arrière sur la physiopathologie des dysfonctions d'érection**

L'évolution des conceptions physiopathologiques de l'impuissance masculine illustre un rejet répétitif de concepts anciens, qui se sont avérés cependant tous porteurs d'une part de vérité, et dont il est indis-

pensable de tenir compte aujourd'hui.

Après la découverte de la testostérone en 1931, la démonstration qu'elle restaurait la puissance sexuelle de l'homme hypogonadique a laissé croire que toute impuissance était consécutive à une carence en androgènes. La fréquence des échecs thérapeutiques, puis l'avènement de dosages hormonaux objectivant que la plupart des patients impuissants n'étaient pas hypoandrogéniques ont fait penser que le facteur hormonal n'était qu'exceptionnellement en cause. Or à ce jour il apparaît néanmoins qu'une hypoandrogénie est fréquemment un facteur contributif.

Vint alors « l'ère psychologique », avec l'affirmation que dans 95% des cas les dysfonctions d'érection étaient psychogènes. L'approche psychothérapique s'avéra trop lourde et souvent décevante, et dans les années 70 Masters et Johnson proposèrent de courtes prises en charge des couples. Leur approche était comportementale et efficace, mais les échecs devaient aussi apparaître par la suite. Toutefois, leur démarche thérapeutique restera un des volets importants d'une prise en charge ultérieure plus globale et la psychothérapie évoluera vers le concept d'un « sexual counseling ».

Dans les années 80 c'est le retour à l'organique. Le chirurgien tchèque Michal, partant du constat que

l'érection est un phénomène vasculaire, recherche, met fréquemment en évidence et corrige chirurgicalement et avec succès des troubles de l'irrigation pénienne. Il avait mis le doigt sur un facteur pathogène important des dysfonctions d'érection, très fréquemment impliqué mais rarement seul en cause, d'où le constat ultérieur d'un effet placebo fréquent du traitement chirurgical dont les indications sont aujourd'hui très rares.

C'est alors que se développe le concept d'une pathogénie multifactorielle, où les dysfonctions d'érection résultent dans la plupart des cas de l'effet cumulatif de facteurs vasculaires, neurologiques, endocriniens, psychologiques et... iatrogènes, et conduisent à des prise en charge plus globales et multifocales.

Avec l'arrivée des médicaments érectogènes, papavérine et prostaglandine en injection intra-caverneuse, puis sildénafil par voie orale et apomorphine sublinguale, le traitement symptomatique du trouble devient possible ; il est si simple et efficace que l'on se demande s'il y a encore lieu d'envisager des approches thérapeutiques plus étiologiques et plus exigeantes, tant pour le médecin que pour le patient.

En fait une telle attitude serait regrettable car d'une part elle conduirait à méconnaître la présence de pathologies concomitantes, et d'autre part elle risquerait de pérenniser souvent un trouble qui

pourrait être guéri par des mesures thérapeutiques momentanées et bien ciblées.

## Le rôle respectif des différents facteurs pathogènes

Si l'hypogonadisme sévère est rarement seul en cause, les déficits androgéniques partiels, liés à l'âge, à un diabète, à une insuffisance hypophysaire, sont loin d'être exceptionnels, et représentent souvent le facteur additionnel qui a fait éclore le trouble et dont la correction peut le faire disparaître.

La fréquence élevée du facteur vasculaire doit faire considérer l'apparition d'une dysfonction d'érection persistante comme le signe très probable d'une atteinte vasculaire généralisée, dont d'autres manifestations cliniques sont encore latentes. Il reste aussi le facteur principal dans le diabète de type II, le facteur neurologique étant lui impliqué dans les diabètes juvéniles, les traumatismes médullaires et les affections démyélinisantes.

La liste des médicaments potentiellement fautifs est longue mais les plus fréquemment impliqués sont les psychotropes, les diurétiques thiazidiques, parfois les bêta-bloquants et les spironolactones qui sont des anti-androgènes.

Enfin, le rôle du facteur psychogène reste très important et quasi constamment présent, au point de pouvoir même neutraliser l'effet de médicaments érectogènes puissants. Tout sujet qui a fait une fois l'expérience d'une dysfonction d'érection sévère sera inquiet de présenter une récurrence lors du rapport sexuel suivant. Cette anxiété de performance est présente chez tous les patients, et responsable à des degrés variables de la persistance du trouble. Tel sera inquiet du jugement possible de sa partenaire, tel autre y verra le signe d'un vieillissement, etc. Dès lors, si la prescription des nouveaux médicaments permet au

patient d'assurer son érection, le risque est grand de s'en contenter par un traitement symptomatique à long terme, qui aurait été probablement inutile si la prise en charge avait pris en compte le rôle de tous les facteurs pouvant être impliqués.

## Examens encore utiles

Une fois le symptôme mis en évidence, les facteurs étiologiques possibles répertoriés, les quelques examens paracliniques utiles peuvent être : un bilan lipidique, l'exclusion d'un diabète, d'une insuffisance rénale et d'une atteinte hépatique et, si l'on veut limiter au minimum les examens endocriniens on peut, dans un premier temps se contenter de doser la testostérone totale et la SHBG, le matin, de bonne heure pour tenir compte de son rythme circadien.

Le taux de testostérone totale peut être anormalement élevé si celui de SHBG (Sex Hormone Binding Globulin) l'est aussi, ce qui s'observe avec l'âge, en cas d'atteinte hépatique, d'hyperthyroïdie et sous l'effet de certains médicaments. En connaissant le taux de SHBG on peut alors calculer le taux de testostérone libre et biologiquement active sur le site Internet [www.issam.ch/freetesto.htm](http://www.issam.ch/freetesto.htm). (mais ne pas demander le dosage direct de la testostérone libre, qui est peu fiable).

La limite inférieure des intervalles de référence est de 11.3 nmol/l pour le taux de testostérone totale et de 0.255 nmol/l pour celui de testostérone libre, mais si des symptômes d'hypoandrogénie sont présents (baisse de libido, disparition des érections matinales, etc.) des taux proches de la limite inférieure des IR peuvent déjà traduire une hypoandrogénie, si le patient était habitué à un taux plus élevé.

Si le taux est significativement abaissé, répéter le dosage en associant ceux de LH et de prolactine, pour préciser l'origine hypophysaire ou périphérique de l'hypogonadisme

et exclure une hyperprolactinémie, rare en l'absence d'hypoandrogénie.

## L'approche thérapeutique, et le rôle du généraliste

Momentanée ou persistante, la dysfonction d'érection se rencontre fréquemment dans la clientèle du généraliste, qui est aux premières loges pour la saisir, mais elle est rarement mentionnée par le patient et trop rarement recherchée par le praticien.

Elle est pourtant un symptôme porteur d'informations précieuses et peut révéler précocement une pathologie vasculaire sous-jacente, isolée ou dans le cadre d'un diabète, une hypoandrogénie en voie de développement, une problématique de couple, une angoisse face au vieillissement, la crainte de ne pas être à la hauteur dans une société de compétition, sans oublier le rôle révélateur possible d'un médicament prescrit.

La première tâche du médecin est d'expliquer la physiopathologie de l'érection, le rôle des différents facteurs impliqués, l'approche thérapeutique envisagée et surtout de rassurer.

A ceux qui ont passé la cinquantaine il est bon d'expliquer que la réponse sexuelle peut se modifier avec l'âge, ce qu'on appelle la presbyrectie, mais rester néanmoins gratifiante jusqu'à un âge avancé. La durée de la phase réfractaire se prolonge, la stimulation nécessaire peut être plus vive, la rigidité pénienne parfois diminuée, l'orgasme moins vif, le volume de l'éjaculat moindre, mais si ces modifications sont bien acceptées dans la relation du couple, s'il n'en résulte aucune anxiété de performance, le plaisir sexuel des deux partenaires ne sera pas altéré.

La prise d'un médicament érectogène, apomorphine sublinguale ou sildénafil peut certes restaurer dans ces cas une érection plus rapide, plus

ferme et prolongée... « comme autrefois », mais est-ce nécessaire, et un patient informé et rassuré n'en éprouve souvent plus le besoin. Et si le patient insiste le médecin est-il pour autant habilité à refuser le médicament ?

Le problème se pose aussi à la demande de sujets plus jeunes, qui ont eu l'occasion « d'essayer » le sildénafil alors qu'ils ne présentaient aucune dysfonction d'érection, et qui affirment qu'avec le médicament le plaisir du couple est augmenté.

La prescription initiale d'un médicament érectogène se justifie cependant pour renforcer le message de réassurance et permettre au couple de retrouver rapidement des rapports sexuels gratifiants. L'apomorphine est efficace lorsque la dysfonction est partielle et récente, le sildénafil est en revanche efficace dans toutes les formes.

Lorsque la dysfonction d'érection est en grande partie liée à une anxiété de performance, le sildénafil peut même être prescrit indépendamment d'un rapport sexuel planifié, par exemple à raison de 25 ou 50 mg avant le repas du soir, tous les un à deux jours. Le patient fera alors l'expérience du retour d'érections spontanées plus fréquentes, lors de stimulations érotiques qui étaient devenues sans effet. Les doses pourront ensuite être réduites, espacées puis interrompues, si la prescription a été bien expliquée et accompagnée d'une attitude thérapeutique sécurisante. Le tadalafil, prochainement disponible en Suisse, dont la demi-vie est de 17 h, pourra ainsi être prescrit trois soirs par semaine par exemple.

Mais s'il existe une hypoandrogénie, franche ou limite, une substitution androgénique peut se justifier pour quelques mois ou de façon prolongée, par 80 à 160 mg d'un décanuate de testostérone, pris toujours en fin de repas pour en assurer la résorption, et pour autant que le TR et le taux de PSA ne laissent pas présumer d'une néoplasie prostatique

méconnue. Si le traitement doit se prolonger, le taux de PSA devrait être contrôlé après quatre, huit et douze mois puis annuellement. La prostaglandine en injection intracaverneuse ou -urétrale reste une alternative valable aux inhibiteurs de la 5 phospho-diesthérase, et enfin, restent les dispositifs à dépression, certes efficaces mais pour obtenir une érection en battant de cloche, et l'implantation de prothèses péniennes gonflables, dans les cas rebelles à toute approche médicamenteuse.

## **Les dysphories de genre (le transsexualisme)**

Pathologies dont on parle peu, qui sont certes peu fréquentes, avec une prévalence de 1/40 000, mais toujours sources de grandes souffrances pour ceux qui en sont atteints.

Ce qui frappe aussi c'est la difficulté qu'ont ces patients à trouver une écoute réceptive à leur problème, le délai avec lequel le diagnostic est posé. Là aussi le généraliste a été souvent le premier interlocuteur auquel le patient s'est adressé, mais par allusion ou sans expliciter clairement son problème. Il est donc important que le médecin y soit sensibilisé et puisse rapidement orienter le patient vers une équipe spécialisée pour confirmer le diagnostic, instaurer une prise en charge adéquate, les traitements hormonaux et chirurgicaux éventuels, avant un retour du patient à son généraliste pour le suivi ultérieur. Il serait très souhaitable aussi que les patients puissent être pris en charge dans leur adolescence déjà, d'autant que tous les signes de leur pathologie sont habituellement présents.

Rappelons qu'il s'agit de sujets qui ont depuis leur enfance la conviction profonde que la nature s'est trompée à leur égard et qu'ils n'ont pas le sexe qu'elle leur a assigné. C'est pour eux un réel cauchemar de se réveiller

chaque matin dans un corps qui ne leur appartient pas, et leur souhait n'est pas de changer de sexe mais de retrouver celui qui est le leur. Il y a vingt ans, il y avait environ neuf demandes de sujets masculins pour une de sujets féminins, mais aujourd'hui elles sont équivalentes.

Le diagnostic est difficile. Les patients ne présentent habituellement aucune anomalie endocrinienne objectivable, et les plaintes qu'ils présentent peuvent aussi être parfois l'expression d'une problématique névrotique, psychotique, voire d'une homosexualité non assumée. Le diagnostic doit donc être pleinement confirmé avant toute mise en route d'un traitement hormonal ou chirurgical. Opérer hâtivement un patient qui ne présente pas une vraie dysphorie de genre peut avoir des conséquences gravissimes, et à l'opposé refuser l'intervention lorsque le diagnostic a été confirmé, c'est condamner le patient à une souffrance inacceptable. Il existe donc aujourd'hui des directives internationales clairement définies par la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

On commence par une évaluation psychologique et un suivi psychothérapeutique qui se prolongera sur 2-3 ans. Lorsque le psychiatre a acquis la conviction qu'il s'agit d'une vraie dysphorie de genre, mais exceptionnellement avant un an de suivi, on peut instaurer un traitement hormonal prudent, à doses encore trop faibles pour entraîner des modifications morphologiques irréversibles. Il peut contribuer à étayer le diagnostic, le patient transsexuel se sentant habituellement bien et détendu dans le climat hormonal de son sexe futur, alors qu'un homosexuel, par exemple, le ressentira au contraire d'une façon désagréable. Vient ensuite une phase de prescription hormonale visant à développer les caractères sexuels secondaires du sexe futur, puis l'intervention chirurgicale et par la suite une substitu-

tion hormonale à long terme, que le généraliste pourra très bien assurer.

## Substitution hormonale post-opératoire

Le patient transsexuel opéré a été castré et doit bénéficier d'un traitement hormonal substitutif à long terme, en harmonie avec le sexe qui lui a été assigné, sinon il développera une ostéoporose sévère et inexorable. Or l'expérience montre que souvent les patient(e)s opéré(e)s échappent après quelques mois ou années à un suivi médical et, mal informés sur la nécessité de leur substitution hormonale, l'abandonnent. Le médecin généraliste est le mieux placé pour y remédier et peut sans peine assurer le suivi.

La substitution androgénique peu se faire par voie orale avec généralement 160 mg d'un décanuate de testostérone (Andriol) par jour, par voie transdermique avec 1-2 patchs d'Androderm 2.5 mg chaque soir ou par voie intra-musculaire avec 250

mg d'énanthate de testostérone (Testoviron) toutes les 2-3 semaines.

La substitution doit être suffisante pour éviter les symptômes de carence, bouffées de chaleur, fatigue, adynamie sans entraîner de surdosages. Si chez l'homme les androgènes ont un effet bénéfique sur le profil lipidique, chez la femme en revanche il peuvent l'altérer. Il est donc important de suivre l'évolution du profil lipidique en le comparant à ce qu'il était avant traitement. L'autre risque de surdosage est celui d'une polyglobulie et d'une hémocrite élevée.

La substitution oestrogénique d'un « ancien mâle » peut être continue, puisqu'il n'y a pas d'utérus, obtenue soit par voie transdermique avec 50 à 100 ug/j, soit par voie orale avec 2-3 mg d'oestradiol ou 0.625 à 1.25 mg d'oestrogènes conjugués. Le profil lipidique n'est habituellement pas influencé négativement. En revanche il existe un risque minime d'hyperprolactinémie, d'où l'utilité d'un contrôle occasionnel du taux de prolactine. Les seins doivent être

contrôlés, surtout si le traitement hormonal les a bien développés, et tout particulièrement s'il existe une anamnèse familiale de néoplasie.

## En conclusion

Les dysfonctions d'érections sont fréquentes mais rarement signalées par le patient, et peu recherchées par le médecin; elles compromettent souvent la qualité de vie, peuvent faire découvrir des pathologies organiques importantes ou révéler des problèmes psychologiques individuels ou de couples, situations qui toutes sont aujourd'hui susceptibles d'être efficacement traitées ou soulagées.

Les dysphories de genres sont rares mais restent souvent longtemps méconnues, causes de profondes souffrances. Plus elles seront dépistées précocement, plus les résultats thérapeutiques seront gratifiants.

Le médecin généraliste est aux premières loges pour les dépister et pour assurer le suivi de ces patients, au besoin en collaboration avec les spécialistes pour des étapes spécifiques de la prise en charge.