

LA SEXUALITÉ DU DIALYSÉ



Richard MONTAGNAC, Chef de service,
Hémodialyse, CH, TROYES

La prise en charge des maladies chroniques passe souvent sous silence leurs conséquences sur la sexualité, sujet encore trop souvent considéré comme tabou, scandaleux voire pervers, alors qu'elle constitue un aspect essentiel de la qualité de vie, n'étant pas un luxe mais une composante indispensable à l'épanouissement de l'être humain. Les troubles sexuels ont souvent du mal à être exprimés et personne ne les évoque facilement : le patient ne s'autorise guère à en parler, sauf parfois par le biais de quelques allusions auprès d'infirmières qui, peu formées, trop occupées ou gênées, ne les relèvent pas; le médecin « oublie » d'en parler car il n'est souvent ni préparé et ni formé à ce genre de problème. Heureusement, l'évolution des mœurs et de l'information ainsi que la mise sur le marché de molécules efficaces sur la fonction érectile amènent quand même de plus en plus souvent les patients et les couples à exposer leurs soucis intimes.

DIVERS PHÉNOMÈNES PEUVENT ALTÉRER LES ÉTAPES DE L'ACTE SEXUEL

- Les troubles de la libido, c'est-à-dire du désir sexuel et de l'envie. Le désir ne se commande pas et n'est pas volontaire : il est ou il n'est pas.
- Un problème d'attirance pour la partenaire.
- La simulation de la part de celle-ci, par compassion pour le conjoint malade.
- Les troubles de l'excitation allant de difficultés pour obtenir et/ou maintenir une érection satisfaisante jusqu'à la perte totale de celle-ci : la dysfonction érectile.
- Les troubles du plaisir allant de l'indifférence au dégoût, la perte du plaisir altérant la libido.
- Les troubles de l'orgasme avec éjaculation précoce ou retardée, absente ou rétrograde, ou non accompagnée d'orgasme.

Par cascade, un seul de ces troubles risque d'en engendrer d'autres pour aboutir finalement à une spirale de l'échec. Le patient a peur d'échouer dans sa relation sexuelle et de décevoir sa partenaire. Il va ainsi manquer de confiance en sa sexualité et son angoisse de performance va bloquer désir et phase d'excitation. L'équilibre affectif s'en trouve alors dégradé.

LA DYSFONCTION ÉRECTILE

C'est l'incapacité permanente ou récidivante à obtenir ou à maintenir une rigidité pénienne suffisante pour un acte sexuel satisfaisant. Cette pathologie est extrême-

ment fréquente chez les insuffisants rénaux chroniques (jusqu'à 90% des patients).

Parmi ses facteurs de risques, certains sont communs avec ceux de la population générale : l'âge, le diabète, l'athérosclérose. D'autres sont plus spécifiques de la situation d'urémique, en particulier l'ancienneté en dialyse (du fait de l'artériopathie qui s'aggrave progressivement avec le temps) et l'étiologie de l'insuffisance rénale chronique : le diabète est, en particulier l'endocrinopathie, le plus fréquemment responsable de dysfonction érectile par le biais de différents mécanismes : vasculaires par l'artériopathie, neurologiques par la neuropathie diabétique, tissulaires du fait des dommages de l'endothélium des corps caverneux.

Physiopathologie

► Les facteurs organiques

À côté des facteurs néfastes que sont le tabac, l'alcool et toute toxicomanie, la sédentarité et l'obésité, l'état de stress et le mauvais état général, certaines répercussions physiques directes de la maladie vont compromettre la sexualité.

• L'atteinte éventuelle de l'intégrité anatomique

Elle sera constatée par un interrogatoire et un examen clinique soigneux à la recherche de troubles urinaires du bas appareil, de soucis prostatiques, d'antécédents de chirurgie et/ou d'irradiation pelvienne, d'hypogonadisme, de maladie de Lapeyronie (fibrose des corps

caverneux), de neuropathie centrale type Parkinson ou sclérose en plaques...

- **Les perturbations endocriniennes**

Le désir sexuel a un support biologique dépendant des hormones sexuelles secrétées par les gonades et des neurotransmetteurs centraux (au niveau cérébral) comme périphériques (au niveau médullaire). On peut considérer qu'il y a un problème hormonal chez plus de 30% des dialysés :

- **Un déficit testiculaire** qui entraîne une diminution de la testostéronémie dont le rôle est important dans la dysfonction érectile par l'intermédiaire d'une diminution de synthèse du monoxyde d'azote ou oxyde nitrique (NO).

Corriger cette hypotestostéronémie par des androgènes reste d'une efficacité très réduite bien que normaliser la testostéronémie puisse entraîner un sentiment de mieux-être favorable à la vie sexuelle et corriger FSH et LH.

- **Des troubles gonadotropes** : augmentation de la concentration plasmatique de LH et augmentation de la concentration sérique de FSH.

- **Une hyperprolactinémie** est présente chez 25 à 75% des dialysés.

La prolactine est un polypeptide sécrété par l'hypophyse antérieure sous le contrôle inhibiteur dopaminergique de l'hypothalamus. L'hyperprolactinémie du dialysé est liée à une hypersécrétion autonome, s'associe à une diminution de la testostérone et participe à une baisse de la libido, à une infertilité et à un hypogonadisme. On peut considérer qu'elle joue un rôle dans la dysfonction érectile par la baisse de la libido.

Après contrôle de son étiologie, sa correction par la bromocriptine (Parlodel®) peut s'envisager, si elle est très augmentée, et s'accompagner d'une baisse de la libido.

- On corrigera un éventuel **hyperparathyroïdisme secondaire** par le calcitriol qui permet aussi de baisser la prolactinémie, comme on corrigera également une **éventuelle hyperthyroïdie**.

- **Les impacts neurologiques**

Ils sont liés à l'atteinte du système nerveux périphérique sympathique, proche de la neuropathie diabétique. Ils peuvent être impliqués précocement par le biais d'une diminution de la NO synthase, molécule endogène libérée par les cellules endothéliales, les macrophages, les

cellules du foie et les neurones, et qui remplit plusieurs fonctions dont celle de vasodilatation :

- Elle déclenche le relâchement de la tunique musculaire lisse du vaisseau, provoquant une vasodilatation, un accroissement du débit sanguin et une diminution de l'agrégation des plaquettes.

- Elle oeuvre dans l'érection (pénis, clitoris, tétons).

- Elle jouerait un rôle important pour la préservation de l'endothélium.

- **L'artériopathie**

Elle joue un rôle par le biais de l'athérosclérose reconnue comme participant à la dysfonction érectile aussi bien dans la population générale que chez les insuffisants rénaux. L'existence d'antécédents cardio-vasculaires, d'une hypertension artérielle, d'une surcharge pondérale et/ou d'une dyslipémie sont des facteurs de risque associés. Entre autres lésions, l'oblitération des vaisseaux péniens est une cause de dysfonction érectile.

- **Facteurs tissulaires et moléculaires**

- **Le défaut de clairance de certains métabolites** entraîne une inhibition de la NO synthase.

- **L'hypoxie chronique**, par hypoventilation pulmonaire en cas de surcharge hydrosodée ou par anémie chronique, joue un rôle par le biais de la baisse de synthèse de NO dans l'endothélium vasculaire les nerfs caverneux et leurs branches.

Corriger l'anémie visera un effet positif sur la qualité de la sexualité et de la fonction érectile par une diminution de la fatigue chronique permettant de meilleurs efforts physiques et donc une meilleure activité sexuelle. L'érythropoïétine a peut-être aussi une action directe sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, avec augmentation de la testostéronémie.

LES MÉDICAMENTS

Un grand nombre de molécules peuvent être impliquées dans la survenue d'une dysfonction érectile alors que certaines (bêta-bloquants, diurétiques, ...) sont largement prescrites chez les insuffisants rénaux chroniques. Dans ce cas, il faut essayer de changer de molécule, voire de famille thérapeutique, avant de traiter la dysfonction érectile, mais c'est la plupart du temps insuffisant puisque ce trouble est en général d'origine multifactoriel.

UNE CARENCE EN ZINC

Il faut la corriger car elle peut participer par le biais d'une diminution de la testostérone, une augmentation de la prolactine, une dégradation de la spermatogénèse sur le plan biologique et, sur le plan clinique, par des troubles de la fonction érectile et une baisse de la libido.

Les facteurs psychologiques

A côté de ces facteurs organiques, l'impact d'une maladie chronique peut compromettre une sexualité satisfaisante du fait de ses conséquences psychologiques qui vont varier d'une maladie à l'autre, d'un patient à l'autre, d'une période de vie à une autre, selon les conditions préexistantes à l'apparition de cette maladie et, enfin, en fonction des mécanismes de défense que le patient pourra développer, comme des aides dont il pourra bénéficier.

Le dialysé peut présenter, par périodes plus ou moins longues et sévères, des soucis psychologiques dont la prise en charge nécessite l'avis d'un spécialiste pour poser le bon diagnostic. En effet, distinguer par exemple, les troubles anxieux des troubles dépressifs peut être long et difficile mais essentiel car totalement différents en seront les traitements. Ces soucis psychologiques sont divers :

- Troubles anxieux avec angoisse de mort, occasionnant une inhibition des désirs et de la fantasmatisme sexuelle ainsi que des troubles de l'érection.
- Troubles dépressifs réactionnels à son état de dépendance avec perte de privilèges (santé, puissance sociale, statut professionnel...). Toute humeur dépressive altère la libido et peut être cause de dysfonction érectile.

Le phénomène peut être auto-entretenu par le fait que l'absence de vie sexuelle altère la qualité de vie et renforce la dépression.

- Conditionnements négatifs en rapport avec toutes les idées reçues sur la sexualité : « c'est dû à la fatigue », « le malade n'a pas le droit au plaisir », « c'est normal quand le rein ne marche plus, quand on n'urine plus ».
- Troubles de la personnalité avec atteinte narcissique liée à l'altération de l'image du corps et à la confusion entre fonction urinaire et fonction sexuelle : « l'une ne marche plus, donc l'autre ne peut pas marcher ».
- Troubles relationnels avec risque de conjugopathie, le statut de malade altérant les relations au sein du couple. Pour le conjoint/partenaire, il peut y avoir un comportement surprotecteur de type « maternage », un surmenage du fait de la maladie de l'autre, le fait de ne pas toujours être prêt ou disposé à endosser la fonction de soignant, parfois même le rejet du corps malade de l'autre. Cette dynamique est en général complexe et peut nécessiter une restructuration importante du fonctionnement du couple, dont la prise en charge est parfois très utile pour lever malentendus, conflits et culpabilité. Les groupes de parole peuvent, dans ce cadre, faire gagner beaucoup de temps et d'énergie en permettant aux patient et conjoint d'exprimer leurs difficultés et d'envisager des solutions que d'autres ont pu trouver. Il faut tenter de convaincre le couple qu'il n'y a pas de normes quant au nombre de relations sexuelles par semaine par exemple, que les besoins sexuels ne sont pas les mêmes

pour tous et changent d'une personne à l'autre, d'un couple à l'autre et d'un âge à l'autre, et que, parfois, il y a très peu d'activité sexuelle, voire plus du tout, sans que la situation n'en devienne frustrante.

Victime des modifications dues à sa maladie, le dialysé doit donc apprendre à surmonter sa culpabilité et sa honte car il n'y est pour rien et il ne doit pas s'enfermer dans un statut de malade à qui l'on pardonnerait tout du fait de sa maladie et de qui l'on n'exigerait rien, car ceci lui enlève son statut d'époux/amant et cantonne le conjoint dans un rôle de soignant. Il faut donc que le patient retrouve l'estime de soi pour envisager pouvoir susciter le désir sans risquer d'échec vis à vis de son partenaire qui, de son côté, doit envisager une nouvelle représentation de son conjoint/partenaire malade et d'autres voies de désir et d'érotisme.

Traitements « spécifiques » de la dysfonction érectile

Ils se justifient quand on a éliminé les causes mécaniques et les troubles du désir, traité au mieux les causes organiques et que l'on n'a pas de cause évidente à une érection défailante. Le but est de ne pas laisser le dialysé s'enfermer dans le cercle vicieux de l'échec mais lui redonner confiance en essayant de provoquer une vasodilatation pénienne pour restaurer l'érection (sauf si l'artérite est trop sévère).

Classiquement, dans la population générale, la Yohimbine donnait de bons résultats et était bien tolérée mais elle est contre-indiquée chez l'insuffisant rénal et a été détrônée par les inhibiteurs des phosphodiésterases de type V :

Sildenafil (Viagra®), Vardenafil (Levitra®), Tadalafil (Cialis®) ne sont pas

des aphrodisiaques : ils améliorent la fonction érectile mais pas le désir ni la libido. Il y a au moins 80% de satisfaction, les échecs de traitement étant essentiellement liés à l'athérosclérose distale avec diminution du débit sanguin pénien. Ces médicaments peuvent servir de test diagnostique pour préciser la perfusion des corps érectiles.

Il faut veiller aux contre-indications et aux précautions d'emploi, en particulier sur le plan cardio-vasculaire, et avertir le patient des possibles effets secondaires.

Le problème est celui du coût car ces produits ne sont pas remboursés, la Sécurité Sociale craignant peut-être une utilisation comme aphrodisiaque ou pour jouer les supermans. Il est déconseillé de les acheter sur internet. Place des génériques ? du Spedra® (Avanafil) annoncé comme le Viagra®, à prix réduit ?

Les injections intra-caverneuses de drogues vaso-actives (prostaglandine E1, moxisylyte) sont efficaces dans la population générale mais doivent être maniées avec précaution chez le dialysé du fait d'éventuelles anomalies de leur coagulation.

Les injections intra-urétrales de drogues vaso-actives (Alprostadil : Muse®) n'ont pas donné lieu à d'études d'efficacité ou d'innocuité chez les dialysés.

Il existe un traitement topique (qui agit à l'endroit où il est appliqué) de la dysfonction érectile : Vitaros 300µg crème® (Alprostadil).

Administré au niveau du méat urétral, verge maintenue à la verticale pendant 30 secondes, le produit actif est rapidement absorbé vers le corps spongieux et les corps caverneux. Il nécessite quelques précautions d'emploi pour éviter ses inconvénients.

Le vacuum est une aide mécanique à l'érection par une pompe qui fait le vide autour du pénis et provoque ainsi, par différence de pression, un afflux de sang dans les corps caverneux et donc une érection. Si cette dépression est supprimée, le sang repart et l'érection retombe. Pour la maintenir, un anneau de constriction est inséré à la base du pénis immédiatement après l'aspiration.

En dernier recours, peut être proposée l'implantation d'une prothèse pénienne :

- Soit malléable, d'une rigidité suffisante pour une pénétration, mais assez modérée pour ne pas gêner la vie au quotidien.

- Soit gonflable par l'introduction de cylindres dans les corps caverneux, pompe et réservoir étant placés dans le scrotum. Quelques pressions suffisent à gonfler les cylindres et à provoquer une érection. Par pression sur un autre endroit, les cylindres se vident et permettent un retour de la verge à l'état flaccide.

Une greffe de cellules souches pourrait être un remède efficace dans les troubles sévères de l'érection jugés, après cancer de la prostate, comme irréversibles et ne répondant à aucun traitement (médicaments sexo-actifs à dose maximale ; pompes à érection). Si ces premiers résultats se confirmaient, les indications de la thérapie cellulaire pourraient s'élargir aux autres troubles de l'érection moins sévères ou résultant de maladies générales comme le diabète ou autres maladies vasculaires.

CONCLUSION

Un patient qui présente des troubles sexuels et, en particulier, une dysfonction érectile, doit pouvoir en parler au médecin, doit savoir dialoguer avec son conjoint, et ne pas croire le problème peu important ou toujours insoluble. Il n'y a pas de fatalité et certaines solutions sont envisageables, même si un succès à 100% ne peut être promis.