

Dysfonctionnements sexuels et VIH

Vus par le médecin hospitalier



*F. Borsa-Lebas
Inter-COREVIH Nord/ Nord-Ouest
Hardelot, 21 et 22 mars 2014*





- Les dysfonctionnements sexuels recouvrent les troubles:
 - de la libido
 - de l'érection
 - de l'éjaculation
 - de l'orgasmeet les douleurs lors de l'acte sexuel



1. Désir/ Excit.

Testo

Libido ↘

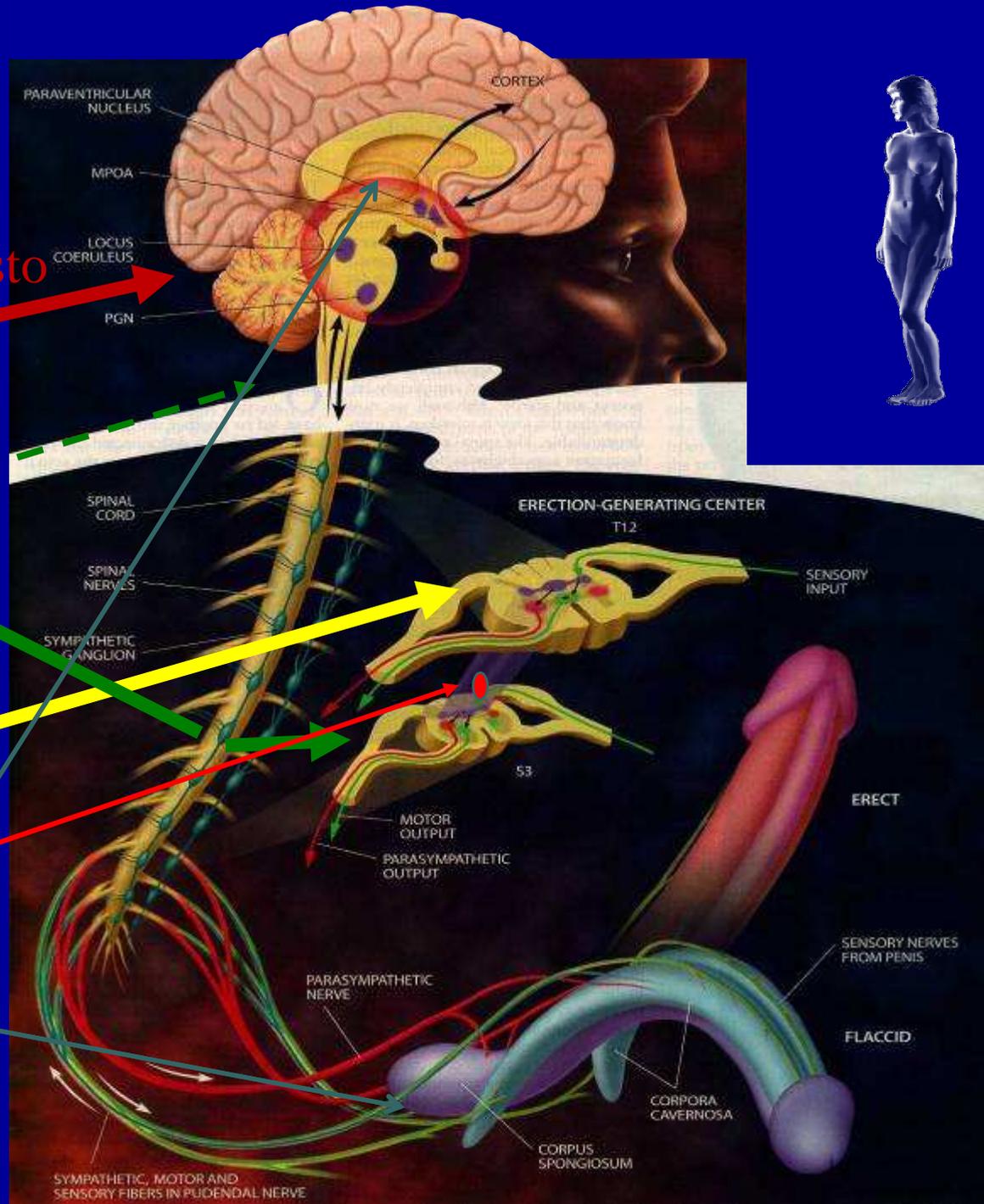
2. Erection



3.a. Ejaculation

L3-L4: Interneurones
SpinoThalamique

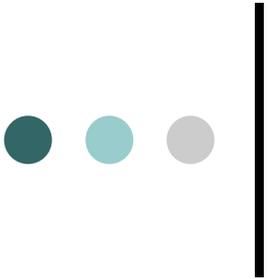
3.b. Orgasme





VIH et sexualité : état des lieux

- Forte prévalence de dysfonctionnements, entre 20 et 75% selon les études
- Davantage de données concernant les hommes homosexuels ou bisexuels
- Populations disparates en terme de genre, de pratiques, croyances :
- Difficultés pour la conception d'études homogènes
= résultats parfois contradictoires



Peu de travaux avant l'ère des trithérapies

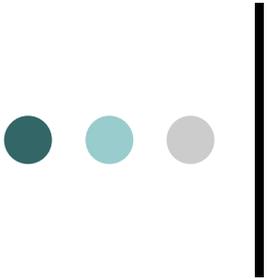
Troubles plus marqués : stades cliniques plus avancés

Causes invoquées : état général, immunodépression,
baisse testostérone et difficultés psychologiques

Meyer Bahlber HF et al. Sexual risk behavior, sexual functioning and HIV disease progression J Sex Res : 3-27, 1991

Catalan J, et al. The psychological impact of HIV infection in men with haemophilia. J Psychosom Res, 36:409-16, 1992

Tindall B, et al. Sexual dysfunction in advanced HIV disease, Aids Care 1994, Vol6N° 1:105-106



Revue de la littérature

Concernant la population féminine : encore moins de données !

- (1) Chez 54 femmes séropositives :
39% souffrent d'une perte de désir sexuel,
(risque multiplié par 5 si contamination par voie sexuelle)
- (2) Apparition des troubles dans les 2 à 4 mois après l'annonce de la séropositivité
- (3) Et troubles plus fréquents VIH+/VIH-

1 - Goggin K, et al. *The relationship of mood, endocrine, and sexual disorders in HIV+ women: an exploratory study.* *Psychosomatic medicine* 1998,60(1):11-16

2 – Meyer-Bahlburg HF et al. *Sexual functioning in HIV+ and HIV- injected drug-using women.* *J Sex Marital Ther* 1993, 19(1):15-68

3 - Brown GR, et al. *A prospective study of psychiatric aspects of early HIV disease in women.* *Gen Hosp Psychiatry*, 1993;15:139-47



Les IP sont mis en cause

1999 / Lancet : 14 patients usagers de drogue avec dysfonctionnement sexuel 9.4 mois après le début du tt par IP

Martinez ,et al. Sexual dysfunction with Pis lancet 1999, 353:810-11

Taux de consultations pour dysfonction sexuelle plus élevé chez les patients après le début du tt par IP

Colson et al. Sexual dysfunction in PI recipients. 7th CROI 2000 San Francisco Abstract 63

Un autre travail suggère +/- libido en fonction du type d'IP

Patroni A, et al. Sexual dysfunction in HAART treated HIV+ patients. XIIIth Int AIDS conference 2000 (WePeB4243)



Les IP sont mis en cause

Etude Européenne ayant recruté le plus de patients:
904 questionnaires (80% hommes, dont 55% HSH)
âge moyen 39 ans, 78% CD4>200

Deux analyses multivariées différentes

Dans un cas : IP associé à des troubles de l'érection et de la libido (surtout combinaisons RTV et IDV, pas NFV)

Autres facteurs : homosexualité, état clinique, atcd IP, âge

Dans l'autre : résultats différents si IP codée comme variable continue ou non

Schrooten W, et al. Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing HAART? Aids 2001,15:1019-1023



Les IP sont mis en cause

D'autres travaux montrent que les troubles sont plus importants chez les personnes traitées quelle que soit la combinaison

Questionnaire anonyme, CD4 451 en moyenne, hommes, âge moyen 36.8 ans

Trois groupes de patients : atcd IP, IP, jamais IP

70% dysfonctionnements quelque soit le groupe. NS

Idem pour érection, troubles de la libido

Scores IIEF (International Index of Erectile Function) et DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory) : pas de différence

Lallemand F, et al. Sexual dysfunction in 156 HIV-infected men receiving HAART combinations with and without PIs. JAIDS 2002, nov1,31(3):322-6



VIH et sexualité : état des lieux

- Depuis quelques années prise de conscience de ces difficultés chez les patients et les soignants
- Répercussions psychiques peu évaluées
- Retentissement sur observance, prévention, relations à l'autre.....
- Nécessité de dépister, prendre en charge ces problèmes dans le cadre de la prise en charge globale des patient(e)s



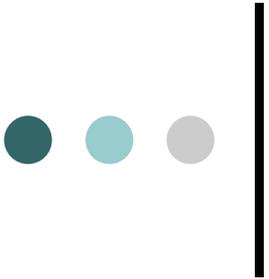
VIH et sexualité : état des lieux chez les femmes

- Prévalence 25 à 55 %, plus élevée sous traitement avec IP
- Taux de CD4 élevé $> 500/\text{mm}^3$
- Concerne le désir, l'excitation, l'orgasme, les douleurs lors des rapports
- Symptômes anxiété/dépression souvent associés
- Pas de données spécifiques liées à l'âge
- Age moyen autour de 40 ans



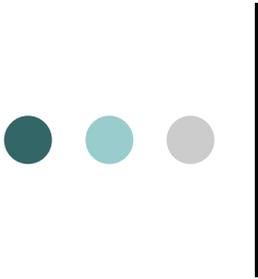
LES FEMMES (enquête)

- 57 femmes séropositives, 67% nées en France
- 30 femmes témoins appariées sur l'âge
- CD4 et âge moyens : 517/mm³ et 38 ans
- 50% enfants et 70% vivent avec eux
- 32% vivent en couple
- 1/3 n'ont pas de partenaire sexuel régulier



LES FEMMES.....2

- Scores FSFI (Female Sexual Function Index) et DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory) : NS
 - Dysfonctionnement sexuel :
 - 19.3% avant VIH
 - 35,1% après le VIH
 - 51.8% après le début du traitement
 - Diminution de la libido et perturbation de l'orgasme (53.5% et 45%) sévère ou très sévère
 - Dyspareunie 37.5%
- 



LES PLAINTES LES PLUS FRÉQUENTES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION : POUR LES FEMMES

(d'après la classification de Basson R J. sex. Med. 2004)

les troubles du désir sexuel (absent ou diminué)

peur de transmettre le VIH

sentiments de haine / acte sexuel / rejet de l'homme sexuel

les troubles de l'excitation sexuelle : absence ou diminution

subjective / haine / VIH

génitale / absence de lubrification/traitement, préservatif

mixte

les troubles de l'orgasme

blocage par rapport au sida, rejet, punition, mort

les troubles sexuels douloureux

l'aversion sexuelle

anxiété extrême

dégoût : corps et sécrétions sales / VIH



LES FEMMES.....3

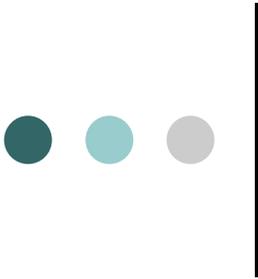
- Evènement responsable évoqué :
 - 67% annonce séropositivité
 - 35% modification corporelle
 - 29% début ou modification de traitement



VIH et sexualité : état des lieux chez les hommes

- Prévalence 25 à 60%
- Taux de CD4 élevé $> 500/\text{mm}^3$
- Davantage sous traitement
- Troubles érection $>$ libido, éjaculation
- Davantage de données chez les homo/bisexuels
- Pas de données spécifiques liées à l'âge
- Age moyen autour de 40 ans
- Rarement associé à des troubles hormonaux
- Symptômes anxiété/dépression souvent associés





LES PLAINTES LES PLUS FRÉQUENTES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION : POUR LES HOMMES

(d'après la classification de P. Brenot AHIUS 2004)

Troubles de l'excitation sexuelle = Dysfonction érectile
secondaire :

- DE circonstancielle/préservatif
- DE sélective/partenaire/séroconcordant ou sérodifférent
- DE permanente/annonce du VIH

Trouble du désir sexuel : d'origine psychique, en fonction des
représentations du VIH, du lien, de l'autre

Trouble du plaisir et de l'orgasme : manifestation d'un grand
état de tension /peur de transmettre /VIH /rejet

Ejaculation précoce ou retardée

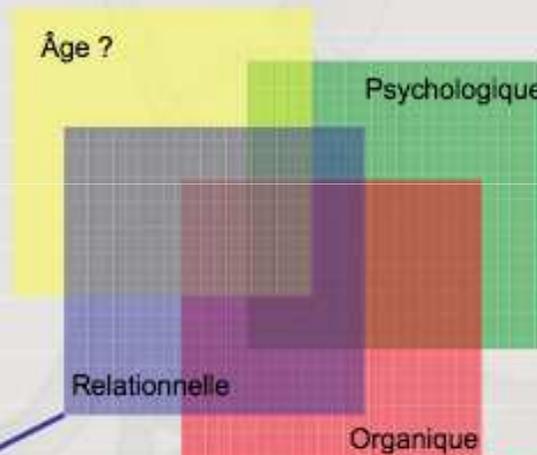


Origines des troubles sexuels

Spécifiques au VIH :

- impact psychologique (culpabilité, peur de contaminer)
- Baisse du taux hormonal
- Carences vitaminiques et minéraux
- Syndrome dépressif
- Traitements ARV et comorbidités
- Syndrome métabolique, diabète...
- Habitudes de vie : tabagisme, alcool, sédentarité, alimentation
- Le vieillissement +/- prématuré

- Troubles du désir du, de la partenaire
- Exigences du, de la partenaire
- Manque d'intimité
- Méésentente
-



- Histoire personnelle
- Education
- Abus sexuels
- Troubles Estime de soi
- Anxiété
- Dépression
- ...

- Vasculaire
- Tissulaire
- Hormonale
- Neurologique
- ...



VIH et sexualité : état des lieux

Répercussions

- Rejet/renoncement vis à vis de la sexualité
- Au contraire boulimie sexuelle au détriment de la dimension affective
- Difficultés à l'utilisation du préservatif majorée en cas de trouble de l'érection
- Anxiété
- Dépression
- Perte de l'estime de soi
- Isolement
- Risque de rupture thérapeutique

Le dysfonctionnement érectile

Causes organiques

- Causes vasculaires
 - athérome
 - maladies cardio-vasculaires
 - artériopathies
- Facteurs de risque classiques
 - Tabac
 - Sédentarité, surcharge pondérale
 - Dyslipidémies, diabète
 - HTA

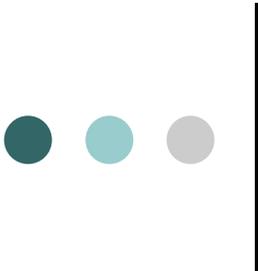




Le dysfonctionnement érectile

Causes organiques

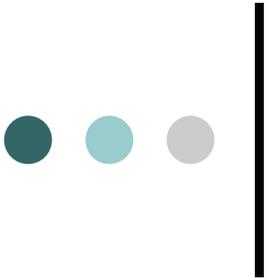
- Causes neurologiques
 - AVC
 - Atteinte médullaire
 - Neuropathie périphérique
 - Facteurs de risque
 - Diabète
 - Alcool
 - ARV : DDI, D4T



Le dysfonctionnement érectile

Causes organiques

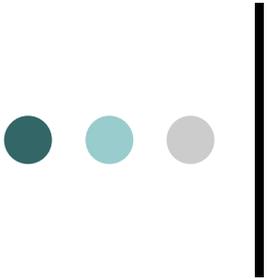
- Causes médicamenteuses et toxiques
 - Antihypertenseurs
 - Digitaline
 - Anxiolytiques, antidépresseurs
 - Finastéride (Propecia ® et Proscar ®)
 - Hypocholestérolémiant (statines)
 - Anticonvulsivants
 - Opiacés, amphétamines, stupéfiants



Le dysfonctionnement érectile

Causes organiques

- Effets secondaires des ARV : diarrhées, lipodystrophies, troubles neuropsychiques ...
 - Causes hormonales
 - **Hypogonadisme hypogonadotrope**
 - Hyper prolactinémie
 - Hyper œstrogénie
 - Thyroïde
- 



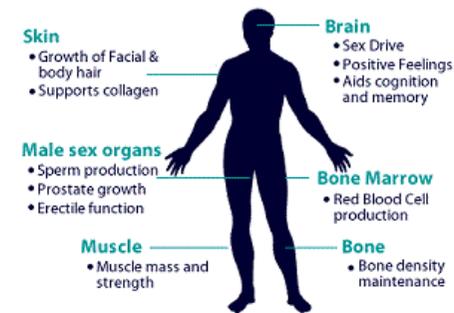
Place des troubles hormonaux dans les dysfonctions sexuelles

Physiologie des androgènes

- Testostérone :
 - Principal androgène circulant: 95% produite par les cellules de Leydig + Surrénale + cerveau
 - Précurseur: cholestérol → déhydroépiandrostérone (DHEA) → androsténédione → testostérone
 - 3 formes: 2% libre ; 50% lié à SHBG et le reste albumine
- DHEA et sulfate de DHEA
 - Produites par la surrénale
 - Androgènes faibles
- Régulation = axe hypothalamo-hypophysaire :
 - LH: hormone antéhypophysaire:
 - LHRH (GnRH): hypothalamus, mode pulsatile
- Action pro-hormonale :
 - Métabolites actif : aromatisation → 5alfa-DHT et 17 beta oestradiol

Testostérone

The Influence of Testosterone



• **Composition corporelle, muscle**

- + : ↑ Masse maigre
- + : ↓ Masse grasse
- ± : ↑ Force musculaire

• **Os**

- + : ↑ Densité osseuse
- ? : ↓ Fractures

• **Lipides**

- + : ↓ Cholestérol total
- + : ↓ Cholestérol LDL

• **Vaisseaux**

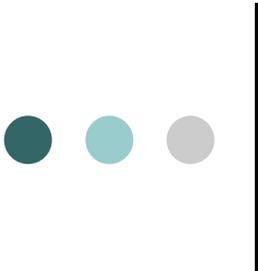
- + : ↓ Angor
- + : ↓ Ischémie d'effort
- ? : ↓ Évènements cardiovasculaires

• **Tractus uro-génital**

- : ↑ TUBA
- : ↑ volume Prostate

• **Sexualité, Bien-être**

- + : ↑ Libido
- + : Dysfonction érectile
- + : ↑ Bien-être
- ? : ↓ Dépression



Testostérone et VIH

- Le taux normal entre 3 et 9 ng/ml (fluctuant)
- VIH : taux bas de testostérone libre (liaison trop importante avec la SHBG),

Facteurs influençant les taux plasmatiques de TeBG	
Augmentation	Diminution
Oestrogènes	Androgènes
Hormones thyroïdiennes	Obésité
Stress prolongé	Hypersécrétion de GH et/ou de prolactine
Vieillesse	Progestérone
Cancer de la prostate	Glucocorticoïdes

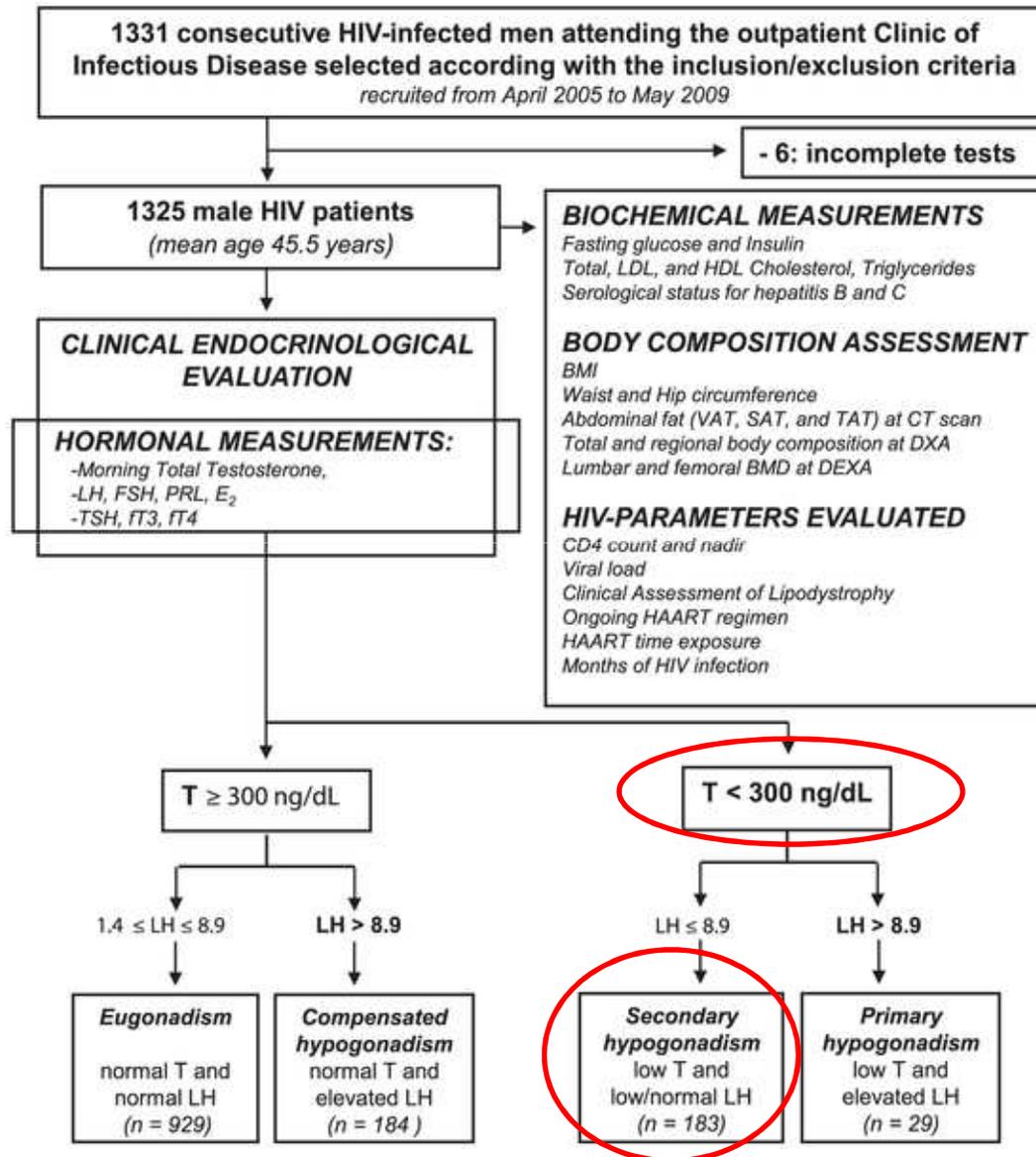


Testostérone et VIH

- Dosage Testo libre sous estimée
- Déficit en testostérone totale : 10 à 20%
- ~ 90% des patients avec DE : taux normal

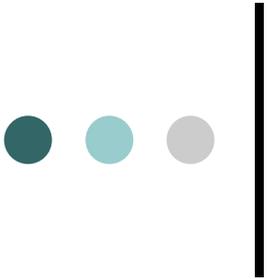


Impact des ARV sur la sécrétion hormonale ?



Study design.

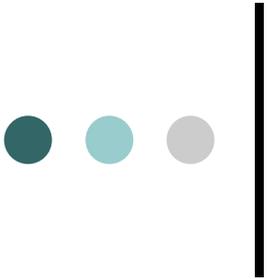
Rochira V, Zirilli L, Orlando G, Santi D, et al. (2011) Premature Decline of Serum Total Testosterone in HIV-Infected Men in the HAART-Era. PLoS ONE 6(12)



Revue de la littérature nombreuses études

- 14 patients avec dysfonction sexuelle sous HAART, chez 5 patients taux hormonaux normaux (prolactine, testostérone, FSH, LH), seul 17 bêta œstradiol légèrement élevé chez les 5 patients
- Hypothèse : interaction entre IP et hormones sexuelles au niveau du cytochrome p 450, mais pour les auteurs, ces modifications mineures ne devaient pas être responsable des troubles ressentis.

Martinez E, Collazos J, Mayo J, Blanco M. Sexual dysfunction with protease inhibitors. Lancet 1999;353:810-11.

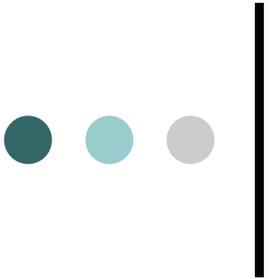


Revue de la littérature

- 73 HSH VIH+ et 100 HSH contrôles
- Baisse libido et troubles de l'érection 2 et 10% chez contrôles, vs 26% VIH sans tt vs 48 et 25% respectivement sous HAART
- Chez les patients sous HAART uniquement : taux moyen de 17 béta œstradiol ↗ 228pmol/l , testostérone dans les limites de la normale

*Lamba H, Goldmeier D, Mackie NE, Scullard G.
Antiretroviral therapy is associated with sexual dysfunction and with increased serum oestradiol levels in men.
Int J STD AIDS. 2004 Apr;15(4):234-7*





Revue de la littérature

- Augmentation testostérone et 17 bêta œstradiol chez les patients traités
- Pas de corrélation entre troubles sexuels et profils hormonaux...

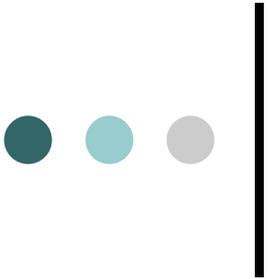
Collazos J, Mayo J, Martinez E, Ibarra S.

Association between sexual disturbances and sexual hormones with specific antiretroviral drugs. AIDS. 2002 Jun 14;16(9):1294-5.

Chez 24 patients avec « wasting syndrome » : 46% taux de testostérone normaux, 42% T normale mais baisse DHT, et 12% baisse T et DHT

Sattler F, et al. Low dihydrotestosterone and weight loss in the AIDS wasting syndrome. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1998 Jul 1;18(3):246-51.



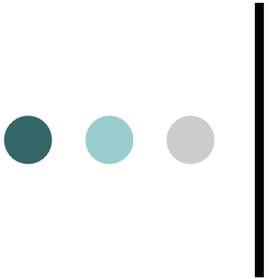


Revue de la littérature

- Etude prospective chez 189 patients (351 interrogatoires + dosages hormonaux)
- Age moyen 36,8 ans CD4 moyens = 451 UDI 75%
- Prévalence globale dysfonction : 19.5%
- Différence significative entre non traités et les autres groupes sauf NRTIs seuls
- Concentrations hormonales normales et comparables entre patients avec et sans dysfonction sexuelle

Collazos, et al. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with HAART. JAIDS 2002, Nov 1, 31(3):322-6





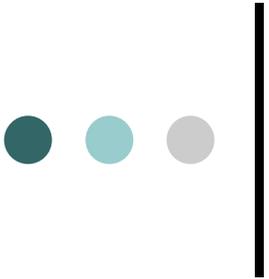
Revue de la littérature

Étude de cohorte prospective

- Questionnaires, dosage testostérone
- 65 patients, 17 (26%) rapportent des troubles de l'érection
- Age médian 39 ans, CD4 =460, 61% HAART
- 12% hypogonadisme, 36% dépression

- Corrélation du dysfonctionnement érectile avec l'âge, l'ancienneté du VIH, IP (en cours ou non), la durée du traitement, la lipodystrophie

- *Crum N, et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction and hypogonadism in HIV-infected men: a prospective study CROI 2005, boston*

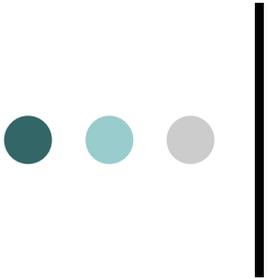


Revue de la littérature

- 99 hommes, dosages hormonaux avant et deux après début HAART, médiane CD4 440 à l'initiation
- TL basse chez 69 patients, avec LH normale 48% et basse 43% et FSH normale 84%, basse 12%
- Après deux ans : pas d'élévation significative de TL et FSH
- Élévation LH chez tous les patients
- 11 développent une lipoatrophie
- Analyse multivariée: corrélation entre l'apparition de la lipoatrophie et élévation taux de LH

Wunder D, et al. Changes in androgens and gonadotropins during HAART and their association with development of lipoatrophy in HIV-infected men. Abstract 876-CROI, 2005, Boston





Revue de la littérature

Autoquestionnaire chez 78 HSH VIH+

38% tr. érection voire 51% dans le contexte de l'utilisation du préservatif
perte de désir sexuel 41%, éjaculation retardée 28%

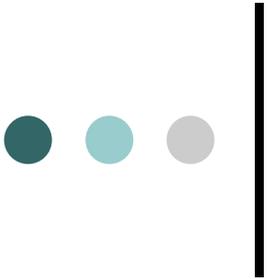
Impact sur utilisation du préservatif 90% vs 28% si absence troubles de l'érection

Désir de "se perdre" dans le sexe, laisser la responsabilité de l'utilisation du préservatif au partenaire actif, perception du préservatif = perte de plaisir significativement associés aux troubles de l'érection

Davantage de rapports anaux réceptifs quand troubles de l'érection (62% vs 38%)

Causes psychologiques surtout citées, associées ou non au VIH et au traitement

Cove J, et al. Factors associated with sexual problems in HIV-positive gay men. Int J STD AIDS, 2004, Nov, 15(11):732-36



Revue de la littérature

- 82 femmes, questionnaires, échelle anxiété dépression
- 28% pas de relation sexuelle depuis le diagnostic
- 59% ont un partenaire sexuel, 1/2 rapport sexuel au cours du dernier mois
- 60% anxiété et 38% dépression
 - Association avec évitement sexe et insatisfaction
- 60% rapports toujours protégés

Lambert S et al; Sex and relationships for HIV positive women since HAART: A quantitative study. Sex Transm Infect. 2005, aug 81(4) 333-7



Syndrome métabolique et hypogonadisme

Le syndrome métabolique est associé à l'hypogonadisme

↑ Aromatase = ↑ estradiol
↓ LH-RH, LH et FSH
↓ Testostérone
↓ Spermatogénèse
↓ volume testiculaire

Le tour de taille et l'hypertriglycéridémie sont les 2
composantes les plus fortement associées.



Syndrome métabolique et dysfonctions sexuelles

Prévalence chez N = 803

236 (29%) syndrome métabolique

96 % dysfonction érectile (DE)

40 % baisse de libido

23 % éjaculation précoce

5 % éjaculation retardée

12 % hypogonadisme

SM

DE : hypogonadisme

dyslipidémie et ASO

résistance à l'insuline = ↓ NO = dysfonction endothéliale
médicaments



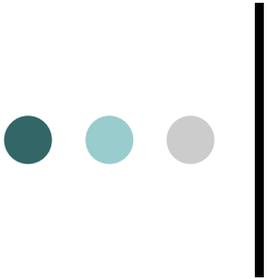
Syndrome métabolique et dysfonction érectile

Plusieurs études ont démontré une moins bonne réponse aux inhibiteurs de la PDE5 lorsque la dysfonction érectile est associée au syndrome métabolique.

Kobayashi, et al. Int J Impot Res 2006;18:302-305
Setomi, et al. J Sex Med 2008;5:1443-1450

Chez les hommes ayant un SM et un hypogonadisme, la recharge en testostérone améliore la réponse érectile aux inhibiteurs de la PDE5.

Greco, et al. Eur Urol 2006;5:940-947



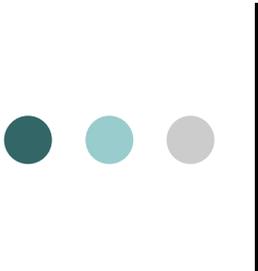
Traitements pour améliorer la fonction sexuelle

Traiter le syndrome métabolique: Exercice
Perdre du poids lentement
Metformine

Traiter l'hypogonadisme:
avec fertilité diminuée :
testostérone
avec fertilité préservée :
hCG (pompe LH-RH)
inhibiteur de l'aromatase

**Il n'y a aucun avantage à donner de la testostérone si le
niveau sanguin est N**





Traitements pour améliorer la fonction sexuelle

Traiter le syndrome métabolique:

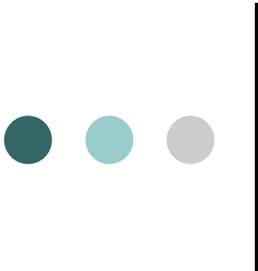
- 1) ↑ Exercice + ↓ Poids lentement = peu d'étude
↑ fonction érectile 30 %

Esposito K, et al. 2004 JAMA
Du Plessi SS, et al. 2010 Nat Reviews

- 2) Metformine: pas d'étude directement sur ce sujet

Higher testosterone concentrations in type 2 diabetic men treated with metformin. Varanasi A, abstract P1-400 ESM 2010





Comment traiter l'hypogonadisme hypogonadotrope?

1) Testostérone en injection

Androtardyl® (éнанthane) 250 mg / ml flacon de 5 ml
Depot testo® (cypionate) ** 100 mg / ml

2) Patch de testostérone

Androderm® ** timbre de 5 mg
Testopatch® patch de 1,2 – 1,8 et 2,4 mg/24h
Intrinsa® patch de 8,4 mg pour les femmes + oestrogènes

3) Gel de testostérone

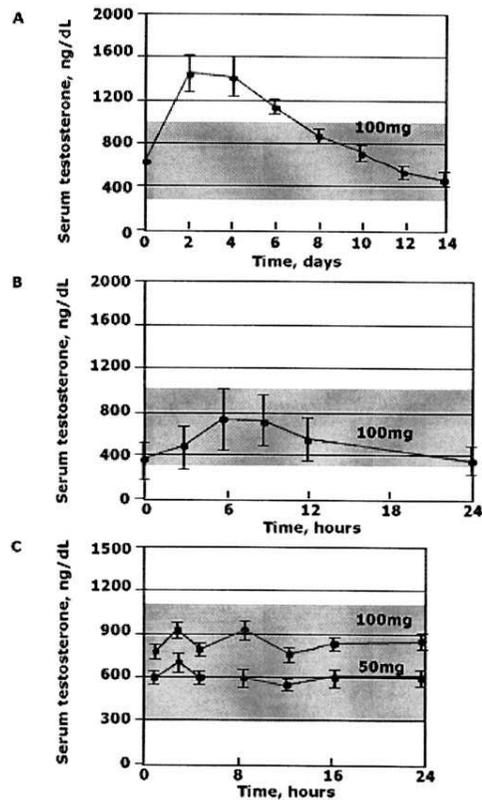
Androgel® sachet de 5 et 2.5 g
pompe à 1.25 g / dose
Testim 1 % ** tube unidose

4) Comprimé de testostérone undécanoate

Andriol® ** comprimé de 40 mg

** non disponibles en France

Niveaux sanguins de la testostérone selon le mode d'administration



← Injection IM ou sc q 2/3 semaines
mesurer la testo la veille de l'injection.

← Patch cutané q 24 heures
mesurer la testo n'importe quand

← Gel cutanée q 24 heures
mesurer la testo n'importe quand

A) During 14 days following the injection of 200 mg of testosterone enanthate. B) During the 24 hours after application of one or two testosterone patches that deliver approximately 5 mg of testosterone each. C) During the 24 hours after application of a testosterone gel containing 50 or 100 mg of testosterone. Data from: Snyder, PJ, Lawrence, DA. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 51:1335. Dobs, AS, Meikle, AW, Arver, S, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:3469. Swerdloff, RS, Wang, C, Cunningham, G, Dobs, A. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:4500.



DHEA

1. Androgène faible

2. Production:

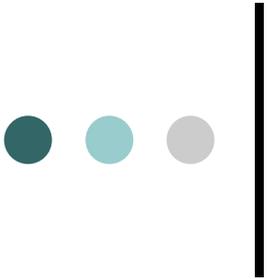
1. Zone réticulée de SR
2. Sécrétion qui diminue avec l'âge

3. Action:

1. Précurseur des stéroïdes sexuels
2. Neurostéroïde?

4. Etudes cliniques:

1. La chute de la DHEA n'entraîne pas nécessairement de retentissement sur l'état de bien-être, la fonction cognitive et la sexualité
2. Pas d'indication chez l'homme, aucun effet bénéfique constant en dehors de l'insuffisance surrénalienne .
3. Peut apporter des bénéfices chez la femme



Traitements hors hormonothérapie

Per os – Inhibiteurs des phosphodiésterases de type V (IPDE5) :

Viagra ® 25,50 et 100 mg,

Cialis ®, 5,10 et 20 mg

Lévitra ® 5, 10,20 mg

} Taux d'efficacité : de 65 à 85%

CI : pathologie coronarienne, prise de dérivés nitrés, posologie basse si Norvir

– **Apomorphine** (Uprima ® , Ixense ®) , **la Yohimbine**

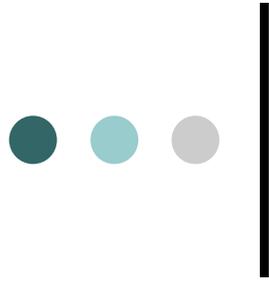
Locaux: – Injections intra-caverneuses (prostaglandines)

Alprostadiol : Edex ® 10 et 20 µg, Caverject ® 10 et 20 µg

Dose thérapeutique très variable: 1 à 20 µg

– **Intra urétral:** Muse ® 500, 1000µg





Les autres moyens

Vacuum

= système mécanique à dépression

= assez efficace

= mais contraignant

Implants péniliens

toujours efficace

mais parfois complications

chirurgie " définitive "





Les autres moyens

Les vitamines et les minéraux

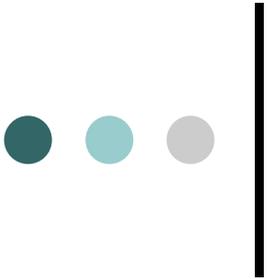


- Le zinc joue un rôle dans la synthèse de la testostérone tant chez les femmes que chez les hommes
- Le sélénium est un antioxydant dont une carence peut entraîner une dysfonction érectile.
- Le manganèse participe également à la production d'hormones sexuelles
- La vitamine  favorise l'orgasme.
- Les vitamines E réduisent le risque d'athérome
- La vitamine C énergise et facilite la production d'hormones.
- Le ginseng stimule les phases sexuelles
- Le muira puama, une plante de l'Amazonie, a des propriétés vasodilatatrices, antistress et aphrodisiaques.



- Le tribulus terrestris, l'huile d'Ylang Ylang, épices, aromates





Le dysfonctionnement érectile

Causes psychogènes

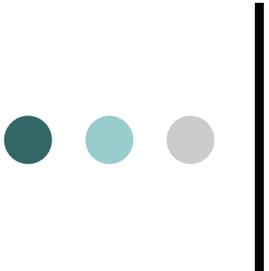
- Individuelles, relationnelles, comportementales, culturelles
- Impact de la séropositivité sur la vie affective et sexuelle
++++++:
 - Culpabilité, honte, stigmatisation
 - Risque de contaminer l'autre
 - Dire/ne pas dire....
 - Stigmates/perturbations de l'image corporelle = altération de l'image de soi
 - Blessure narcissique, perte de l'estime de soi

La sexualité prend de l'âge elle aussi !



DALA : Déficit Androgénique Lié à l'Âge

- Insidieuse, lente, modérée
- Troubles sexuels: libido, activité sexuelle, érection nocturnes, orgasmes, volume d'éjaculation
- Anomalies morphologiques: baisse masse et force musculaire, - pilosité pubienne et axillaire, obésité abdominale, vol. testis
- Anomalies d'ordre fonctionnel: fatigabilité, asthénie, hypersudation, bouffée vaso-motrices, troubles du sommeil
- Anomalies neuro-psychiatriques: baisse de concentration, de motivation, anxio-dépressif, baisse de la mémoire récente



Prise en charge globale

- Aborder les thèmes de la sexualité dans le cadre du suivi médical régulier,
 - Bénéfice immédiat
 - Très bien accepté par les patient(e)s
 - Beaucoup trop rarement fait par les médecins
 - Gêne des deux côtés.....
- Comment alors ?
 - Dissocier discours de « prévention » de celui de la sexualité
 - Permettre l'émergence d'une plainte et/ou d'une demande d'aide
 - Passer en revue différents domaines :
 - environnement, évolution dans le temps,
 - connaissance de la séropositivité par le(s) partenaire(s)



Prise en charge médicale

- Caractériser le symptôme
- Date d'apparition et évolution
- Persistance d'érections nocturnes, matinales, lors de la masturbation
- Rechercher les facteurs de risque
- Rechercher une cause médicamenteuse
- Bilan sanguin : hémoglobine A1C, bilan lipidique, dosage de testostérone, prolactine, FSH, LH, œstrogènes, PSA



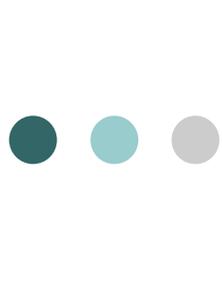
Prise en charge

- En cas de dysfonctionnement évoquant une atteinte organique (absence totale d'érection) : doppler pénien (atteinte vasculaire), EMG, dosages hormonaux,...
- Causes médicamenteuses ? : médicaments à visée cardio-vasculaire, antidépresseurs, statines....



Conclusion

- Augmentation des difficultés avec l'âge dans la population générale
- Lien entre état de santé ressenti et difficultés sexuelles, mais aussi entre état de santé objectif et sexualité
- Comorbidités plus fréquentes (cardiopathies, diabète, dépression)
= Traitements/effets secondaires plus nombreux
- Baisse des concentrations hormonales
- Interactions médicamenteuses/pharmacologie différente chez sujets âgés ++,
- Durée infection VIH /exposition ARV plus longue
- Persistance de « l'effet » VIH sur la sexualité au cours du temps (culpabilité, honte, peur de contaminer l'autre.....)
- = Probablement troubles sexuels plus fréquents/sévères ?

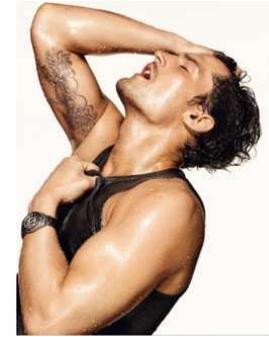


Conclusion

- Raison de plus pour aborder la question +++++
- = PRISE EN COMPTE DE LA PLAINTE
- Qui n'émerge pas toujours spontanément de la part des patient(e)s
- Prise en charge souvent complexe
- Notion de « santé sexuelle »
- Chez les hommes molécules destinées à aider l'érection moins efficaces quand âge élevé
- JAMAIS de poppers associé
- Le plus souvent d'origine psychique
 - = CV <40 cp/ml : importance de l'information sur ↘ des risques de contamination



Prise en charge multidisciplinaire



- Orienter le patient lorsque des troubles non organiques de la fonction sexuelle sont diagnostiqués
 - Les médecins traitants n'ont (le plus souvent) ni le temps, ni la formation, pour prendre en charge ces dysfonctionnements....
- Tenter de repérer les problèmes et évaluer l'intérêt d'une prise en charge plus spécifique :
 - Psychothérapeutes : si des troubles psychologiques semblent liés au cadre de vie ou au passé de la personne
 - Sexologues : médecins ou non, titulaires d'un DU de sexologie.