

TROUBLES SEXUELS ET DIABETE

Prévalence de l'ensemble des dysfonctions sexuelles chez les hommes avec diabète de type II

	Diabète n=37, 50ans	Hypertension n=39, 49ans	Témoins n=36, 47ans	p
Ttes Dysfonct. Sex	89%	44%	17%	< 0,0001
Diminution désir sexuel	54%	20%	11%	< 0,0001
Dysfonct. Ejaculatoire	70%	18%	11%	< 0,0001
Dysfonct. Erectile	84%	31%	11%	< 0,0001
Dysfonct. Erect sévère	27%	5%	6%	< 0,0001

Prévalence de la DE chez les diabétiques

- 35 à 75% slon les séries ¹⁻⁴
- Augmente avec :
 - Age ⁵,
 - Durée du diabète ⁵,
 - Complications diabétiques ³⁻⁴
- pas différence entre diabète type I et type II
après ajustement pour l'âge ⁵

1. Fedele 1996, 2. Giulano 2001, 3. De Beradis 2002, 4. Enzlin 2003, 5. Kallter-Leibovici 2005

Par rapport aux populations non diabétiques, la DE des diabétiques

- Apparaît 5 à 10 ans plus tôt
- Est plus fréquente
- Est plus sévère
- A un impact négatif plus important sur :
 - Santé mentale (dépression) ³⁻⁵,
 - L'équilibre glycémique ⁵⁻⁷
 - Qualité de vie ⁵

1. Feldman 1994, 2. Braun 2000, Penson 2003, 4. De Groot 2001, 5. De Beradis 2002, 6. Corona 2004, 7. Roy 2007

La DE, marqueur de l'ischémie coronarienne silencieuse des diabétiques de type II

- Gazzaruso et al 2004 : ECG d'effort chez 260 diabétiques sans anomalie cardio-vasculaire apparente :
 - 133 présentent ischémie silencieuse : 34% ont une DE
 - 127 pas d'ischémie : 4% ont une DE
- La DE s'avère le meilleur facteur prédictif d'ischémie silencieuse
- Dépister une DE est donc une opportunité pour prévenir des accidents cardio-vasculaires graves :
 - Dépistage de maladie coronarienne.
 - Recherche et traitement des facteurs de risque vasculaire méconnus.

Chez le diabétique de type II la DE est un prédicteur de tout type d'évènement CV, y compris AVC et décès (Gazzaruso et al 2008)

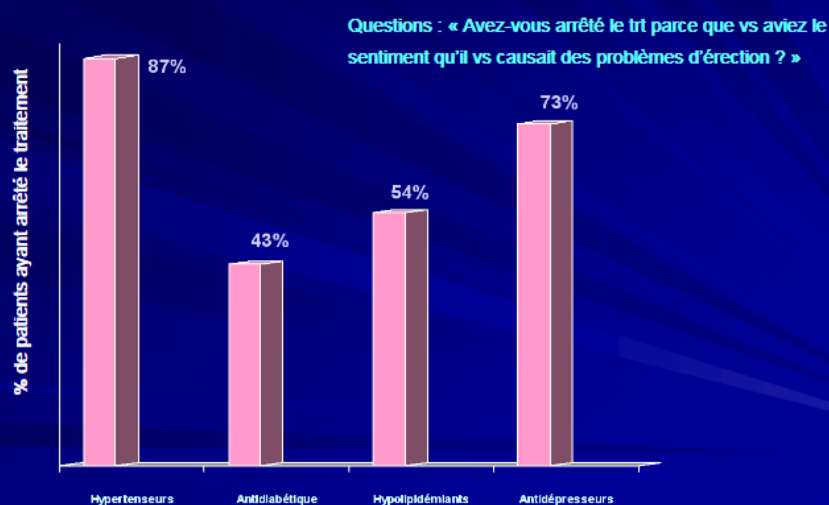
Dépister la DE peut donc contribuer à prévenir des évènements cardiovasculaires graves

- Diagnostic d'une coronaropathie silencieuse
sténose carotidienne
 - Identifier et traiter d'autres facteurs de risque vasculaires négligés,
- Dépister la DE c'est faire de la Médecine Préventive. Ne concerne pas seulement les diabétiques, mais tous les hommes de plus de 40 ans

Tout incite donc au dépistage systématique de la DE chez les diabétiques

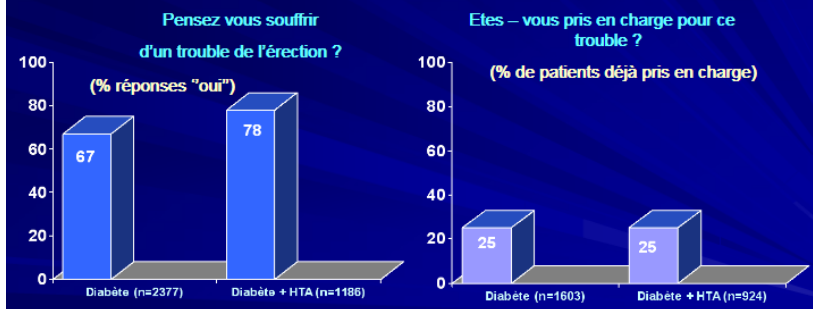
- Sa prévalence élevée,
- Le fait que sa présence prédise un risque élevé d'accident vasculaire grave,
- L'importante souffrance associée, qui peut être soulagée par l'amélioration des problèmes d'érection
- Le retentissement possible de la DE sur l'équilibre du diabète, et sur la compliance à son traitement.

Impact de la DE sur la compliance aux traitements (Lowentitt et coll. 2004)

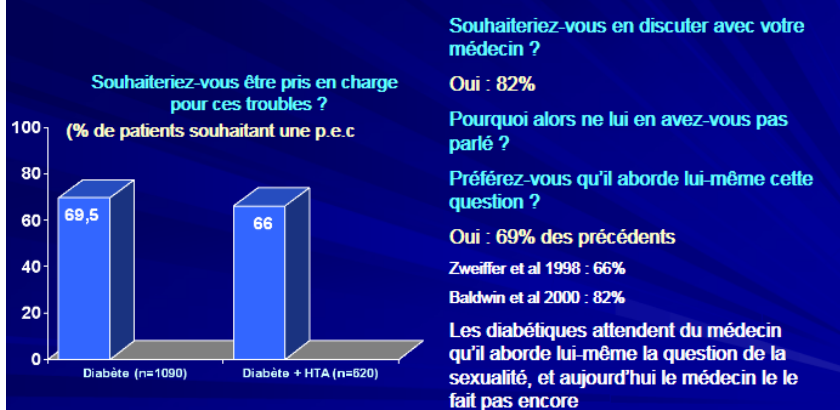


Enquête sur la prévalence des troubles de l'érection et leur prise en charge chez des diabétiques suivis en consultation de médecine générale (3563 hommes)

(Giuliano et al, Urology 2004)



Aux diabétiques qui n'étaient pas déjà pris en charge pour leurs troubles de l'érection :



Les médecins devraient être PROACTIFS;

C'est ce que leurs patients attendent d'eux !

Physiopathologie de la DE des diabétiques

□ Facteurs organiques

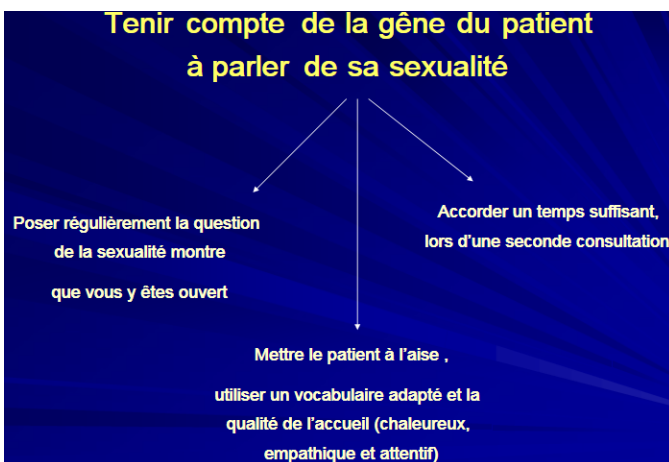
- Neuropathie autonome
- Neuropathie sensitivo-motrice
- Maladie vasculaire
- Dysfonction endothéliale
- Altérations des fonction et de la structure
du tissu caverneux
- Déséquilibre métaboliques
- Hypogonadisme ?

□ Facteurs psychologiques

- Statut de malade chronique
- Dépression
- Angoisse de performance
- Evitement sexuel

Evaluation diagnostique de la DE chez un patient diabétique

- Pour dépister des premiers stades de la maladie vasculaire et mettre en place des mesures visant à protéger les vaisseaux.
- Pour soulager la souffrance des hommes et de leurs partenaires
- Attente de la majorité des patients et des couples, et ne risque donc pas d'être vécu comme une atteinte à leur intimité.

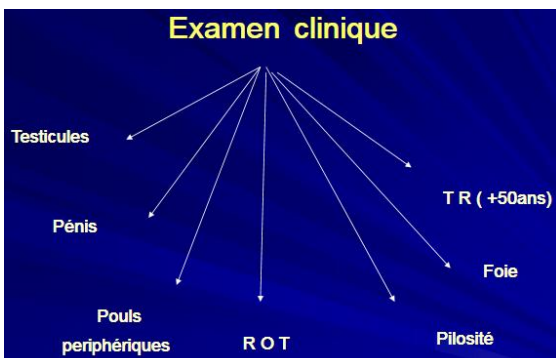


Bilan d'une DE : essentiellement clinique, même chez un diabétique

- Interrogatoire
 - Etudier les antécédents
 - Histoire du diabète, équilibre, complications
 - Autres facteurs de risque vasc., alcool, tabac, sédentarité
 - Médicaments à impact sexuel (diurétiques, antidépresseurs...)
 - Analyser les symptômes sexuels
 - Contexte psychologique et socio-conjugal
- Examen clinique
- Examens paracliniques.

Analyser les symptômes sexuels

- S'agit-il vraiment d'un problème d'érection ?
 - Incapacité à obtenir ou maintenir une érection
- Rigidité et durée des meilleures érections quelles que soient circonstances de survenue :
 - Totalement rigides plusieurs fois par semaine : prépondérance psychologique, espoir de rémission
- Analyser l'intérêt (appétit) sexuel :
 - Si diminuer penser hormones ou dépression



Bilan complémentaire de DE chez un diabétique

- Bilan métabolique et éventuellement rénal
 - HbA1c, cholestérol HDL/LDL, triglycérides, \pm yGT, NF
 - Urée, créatinine, microalbuminurie
- Bilan hormonal
 - Testostérone
 - Si trouble du désir : Prolactine
 - Après 50 ans : PSA
- ECG de repos ou d'effort
- Doppler.

Approche thérapeutique

Recommandation générales

Seconde Consultation Internationale sur les Dysfonctions Erectile et Sexuelles,
Paris, Juin 2003, J Sexual Medicine 2004, 1 : 6-23

- Faire participer le patient et sa partenaire aux décisions
- Prendre en compte la partenaire :
 - Proposer qu'elle assiste à consultation
 - Rassurer ses craintes / traitement
 - Lui permettre de s'exprimer
 - Information objective, conseil sexuel
 - Statut ménopausique (risque dyspareunie) ? (gel, Estriol local)
- Associer information et conseil sexuels
 - Fonction sexuelle normale, impact du vieillissement
 - Importance stimulation sexuelle active ++
 - importance communication au sein couple.
- Si arrêt prolongé : évaluer risque cardiaque lié à la reprise.

Agir sur les causes modifiables et sur les facteurs de risque (Phase 1)

1- Corriger les habitudes à risque :

- Réduire ou mieux supprimer tabac et alcool
- Réduire l'excès de poids
- Alimentation pauvre en graisses animales
- Lutter contre la sédentarité : exercice physique ++

2- Equilibrer diabète et les pathologie associées :

- Hyperlipidémie (statines), hypertension (IEC, ARAI)

3- Modifier les médicaments iatrogènes :

- Hypotenseurs (clonidine, diurétiques, ± bêtabloqueurs)
- Antidépresseurs et neuroleptiques
- Spironolactone, Anti-arythmiques

4- Prendre en compte les facteurs psychologiques :

- Dépression
- Troubles de la personnalité, conflits conjugaux
- Angoisse de performance

5- Traiter hypogonadisme confirmé

Bénifices du traitement androgénique en cas de troubles de l'érection avec hypogonadisme

1. Restaurer des érections naturelles. Évitant d'avoir à programmer l'activité sexuelle
2. La seule possibilité de restaurer le désir sexuel
3. Peut améliorer d'autres symptômes du déficit androgénique, ainsi que les troubles métaboliques associés
4. Un taux minimum de testostérone est nécessaire pour l'efficacité des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type V.

S'occuper des facteurs de risque et des pathologies associées suffit rarement à corriger la DE des diabétiques, mais ceci potentialise l'efficacité du traitement pharmacologique

Phase 2 : Traitement oral inhibiteurs de la phosphodiesterase de type V

Que faire en cas d'échec ou de refus des IPDE5 ?

- Réviser, corriger, personnaliser modalités d'utilisation
- Rechercher et traiter un hypogonadisme associé
- Changer d'IPDE5

Phase 3 : traitement locaux Essentiellement Auto- injections intra caverneuses

Conclusions

- Plus de 80% des diabétiques hommes souffrant de TE peuvent bénéficier d'un traitement efficace
- Le diagnostic nécessite une attitude proactive du médecin.
- L'importance des TE comme marqueurs de la maladie vasculaire et spécialement coronarienne
- TE engendrent altération qualité de vie du diabétique et de sa partenaire, laquelle peut être améliorée par traitement pharmacologique.

Dysfonctions Ejaculatoires des diabétiques

- Corréliées aux complications neuropathiques (*Enzlin 2003*)
- Absence d'éjaculation (antégrade)
 - Si l'orgasme est présent :
 - Ejaculation rétrograde
 - Ejaculation sèche (absence d'émission)
 - S'il n'y a pas d'orgasme : anorgasmie/ éjacul.retardée (rare)
- Ejaculation de faible volume (parfois en partie rétrograde)
- Ejaculation asthénique, ou baveuse
- Eiaculation Prématuurée .

(Kolody 1974, Fossati 1984, Baslie-Faolo 2005, mais très fréquente au Moyen Orient : EL Sakka 2003)

Prévalence des DS chez les femmes diabétiques comparées aux non - diabétiques

- ↑ Significative de la prévalence des troubles sexuels par rapport à une population témoin :
 - Troubles du désir
 - Troubles de l'excitation
 - Troubles de la lubrification
 - Troubles de l'orgasme
 - ↑ Significative dyspareunies.

Fonction sexuelle de la femme diabétique

- Probablement plus de problèmes que chez les non - diabétiques
- Facteurs psychologiques semblent plus déterminants que les facteurs organiques
- Une écoute bienveillante, et l'information sont toujours de mise
- Manque de données objectives pour s'en faire une idée claire.

Facteurs prédictifs des DS chez les femmes diabétiques (Bhasin et al 2007)

- Pas d'association significative entre DS et âge, BMI, ↑ HbA1c ou complications.
- Pas de corrélation avec la ménopause ni avec taux stéroïdes ovariens (Salonia 2006)
- Corrélation significative avec dépression
- En conclusion :
corrélations avec des facteurs psychologiques.

Traitement des DS femmes diabétiques

- Information, écoute, orientation → sexothérapie
- Parfois anti-dépresseur respectant fonction sexuelle
- Problèmes de lubrification :
 - Lubrifiants et hydratants de la muqueuse vaginale
 - Oestrogénothérapie locale non contre-indiquée
- Dyspareunies liées aux infections :
 - Traitement approprié local ou général
 - Entretien de la flore de Doderlein
- Problèmes de la phase vaso-congestive d'excitation
 - IPDE 5 ? (Caruso 2006).