



Troubles sexuels liés à l'âge : quelles spécificités dans la prise en charge ?



Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 630-4

C. Rollini
P. Meyer

Dr Christian Rollini
Consultation de gynécologie
psychosomatique et sexologie
Service de psychiatrie de liaison
et d'intervention de crise
Dr Patrick Meyer
Service d'endocrinologie, diabétologie
et nutrition
HUG, 1205 Genève
christian.rollini@hcuge.ch
patrick.meyer@hcuge.ch

Treatment specificity of age-related sexual dysfunction

Despite an increase in life expectancy and ever growing demands for treatment aimed at age-related sexual dysfunction, it remains underdiagnosed among the elderly because of lack of information. Proper evaluation is critical because treatment is available and such a dysfunction often acts as a signal for an underlying pathology. This paper intends to clarify treatment specificity. Hormonal deficiencies, such as Symptomatic Late-Onset Hypogonadism (SLOH) should be treated using an interdisciplinary approach. For women, hormonal deficiency is not the unique cause of sexual dysfunction. Psychosocial factors also play an important role. Sexual dysfunction should be considered as an indicator of general health. Screening for hormonal deficiency should be systematic.

Malgré l'accroissement de l'espérance de vie et les demandes de plus en plus fréquentes de traitements pour des troubles sexuels liés à l'âge, ceux-ci demeurent sous-diagnostiqués par manque d'informations. Leur évaluation doit être soignée car ces troubles, parfaitement traitables, sont souvent le signe d'appel de pathologies sous-jacentes. L'article précise les spécificités de la prise en charge. Les carences hormonales, telles que le syndrome de déficit en testostérone de l'homme âgé (SLOH), nécessitent une prise en charge interdisciplinaire. Chez la femme, la carence hormonale n'est pas l'unique cause de troubles sexuels, les facteurs psychosociaux jouant aussi un rôle important. Un trouble sexuel peut donc être considéré comme un indicateur fiable de l'état de santé général et un dépistage d'une carence hormonale doit être systématique.

INTRODUCTION

L'accroissement de l'espérance de vie et du nombre de personnes âgées en bonne santé ainsi que les informations toujours plus nombreuses à leur disposition sur les moyens de pallier les fréquentes difficultés sexuelles liées à l'âge, s'accompagnent inévitablement d'une augmentation des consultations.

Pourtant, trop souvent le trouble sexuel est sous-diagnostiqué en raison de la persistance de tabous et de fausses croyances de la part des soignants et des patients. On croit encore que le déclin de l'activité sexuelle lié au vieillissement est la norme, ce qui empêche d'évaluer à sa juste valeur le symptôme sexuel.

La médecine sexuelle est une médecine visant la santé sexuelle et non pas le seul bien-être. La santé sexuelle a un impact majeur sur la qualité de vie, y compris chez le patient âgé. L'évaluation des troubles sexuels doit être soignée puisque ceux-ci sont traitables et souvent le signe d'appel de pathologies organiques ou psychiatriques sous-jacentes.

Les implications pour la santé publique sont donc importantes et il nous a paru nécessaire de proposer une revue de la littérature afin de préciser les spécificités de l'évaluation et de la prise en charge des troubles sexuels liés à l'âge.

QUAND DEVIENT-ON ÂGÉ EN REGARD DE LA FONCTION SEXUELLE ?

Selon une étude récente de l'Office fédéral de la santé, les personnes âgées vivent en meilleure santé et de manière plus autonome de nos jours. Par conséquent, nous pouvons considérer que la vieillesse intervient autour de 80 ans.¹

Sur le plan sexuel, chez la femme, la ménopause, qui n'est pas forcément corrélée à une augmentation des troubles sexuels, peut marquer malgré tout le début d'un déclin sexuel, ancré en partie dans l'imaginaire collectif. Chez l'homme, la baisse de la fonction sexuelle est plus progressive et elle n'est pas influencée par une perte de la fonction reproductive.²



CHANGEMENTS DANS LE FONCTIONNEMENT SEXUEL LIÉS À L'ÂGE

Chez les hommes âgés, on note une nette augmentation des troubles sexuels, en grande partie liés aux dysfonctions érectiles (DE), mais aussi en raison de troubles du désir (désir sexuel hypoactif – DSH) d'installation progressive.

Chez les femmes, par contre, la prévalence des troubles sexuels reste plus stable, bien qu'un certain nombre de troubles puissent apparaître. Les difficultés sexuelles pourraient être provoquées par des facteurs biologiques mais aussi par des facteurs psychologiques, sociaux et culturels. Par ailleurs, certains troubles sexuels féminins sont en étroite relation avec les troubles sexuels du partenaire.

Les études montrent que la prévalence globale de l'activité sexuelle et la fréquence de rapports sexuels décroissent avec l'âge et de manière plus marquée chez la femme. Chez les personnes âgées actives sexuellement, la moitié présente un trouble sexuel, habituellement en lien avec une baisse de leur état de santé. À l'inverse, les personnes actives sexuellement et en bonne santé ont tendance à considérer la sexualité comme importante et souvent même plus satisfaisante qu'auparavant.³

DOIT-ON VRAIMENT PARLER DE SEXUALITÉ AVEC LES PATIENTS PRENANT DE L'ÂGE ?

En consultation de médecine générale, les patients attendent souvent que ce soit le médecin qui aborde le sujet de la santé sexuelle. Chez les hommes, malgré l'avènement des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE-5), la demande de consultation est encore souvent tardive et motivée par une recherche de médicament. On estime, par exemple, qu'en Suisse moins de 10% des hommes souffrant d'une dysfonction érectile consultent. Parfois les patients arrivent pour une autre plainte en espérant que le praticien découvre leurs difficultés sexuelles. Cela reste donc du ressort du praticien d'évaluer la plainte et d'informer correctement. Une évaluation approfondie avec *counseling* permet de distinguer entre pathologie et involution naturelle de la fonction sexuelle et de planifier, si nécessaire, un traitement adapté.

Il faut informer le patient sur le fait que de nombreuses maladies aiguës ou chroniques peuvent avoir une influence négative sur la fonction sexuelle et sur les relations interpersonnelles. Les symptômes sexuels peuvent donc être les indicateurs fiables de pathologies somatiques ou psychiatriques sous-jacentes. On peut considérer la fonction sexuelle comme un paramètre important pour évaluer la santé globale des patients et leur qualité de vie. Par conséquent, un bilan sexologique avec une anamnèse précise devrait faire partie de tout bilan médical, notamment à partir de 40 ans.^{4,5}

LA DYSFONCTION SEXUELLE EST MULTIDIMENSIONNELLE, À COMMENCER PAR LES ENJEUX INTERPERSONNELS

Avec l'âge, habituellement, la durée de la relation de couple sera plus longue, donc susceptible d'être usée par des désillusions et des conflits non réglés. Les étapes de

vie comme le début de la ménopause, la préretraite, le départ des enfants, ou la vieillesse constituent des facteurs de risque pour la relation et le désir. L'histoire commune du couple doit souvent être réécrite en fonction de ces étapes afin de trouver un nouvel équilibre. Les habiletés relationnelles et la différenciation de soi peuvent permettre de retrouver ou de maintenir une relation amoureuse. Par ailleurs, il n'est pas rare de voir de nouvelles relations débiter même à l'âge mûr, ce qui peut engendrer de nouveaux enjeux sexuels.

QUELS CHANGEMENTS INDIVIDUELS LIÉS À L'ÂGE INFLUENT LA FONCTION SEXUELLE ?

Les autres défis spécifiques à l'âge concernent les facteurs individuels qu'ils soient psychiques ou physiques.

Chez la femme, la pulsion sexuelle a parfois été distinguée du désir. La pulsion, essentiellement déterminée par le facteur biologique, serait une composante, parmi d'autres, du désir. On pourrait ainsi distinguer «l'apogée génital», correspondant au paramètre pulsionnel, de «l'apogée sexuel», plus tardif, correspondant mieux à la réalité du désir, qui intègre des aspects psychosociaux tels que des facteurs identitaires, des habiletés relationnelles, des apprentissages.

Chez l'homme, cela semble être différent. Bien que l'identité masculine soit parfois fragile, il n'en demeure pas moins que la composante biologique joue ici un rôle plus important que les aspects psychosociaux. Le vieillissement général, les maladies cardiovasculaires, les troubles métaboliques altèrent la performance sexuelle. Un désinvestissement de la sexualité sera alors inévitable si de nouvelles habiletés érotiques ne sont pas apprises.

On comprend donc que lorsqu'une personne âgée n'a plus d'activité sexuelle régulière, le praticien doit s'interroger sur les raisons de cette régression. Une évaluation médicale et psychosociale précisant ces changements sera donc nécessaire.⁶

DANS QUEL CONTEXTE PROPOSER CETTE PRISE EN CHARGE ?

Il conviendra tout d'abord de s'assurer de l'absence de mythes et fausses croyances persistantes à propos de la sexualité. Il faudra aussi tenir compte de la dynamique du couple âgé et mettre au courant le couple qu'une phase de réadaptation pourrait être nécessaire, surtout s'il n'y a pas eu de rapports sexuels depuis longtemps ou si la partenaire est entrée en ménopause.

COMMENT ÉVALUER CHEZ LA FEMME UNE DYSFONCTION SEXUELLE LIÉE À L'ÂGE ?

Parmi les facteurs biologiques pouvant prédisposer à l'apparition d'une dysfonction sexuelle chez la femme, l'hypertension et les troubles métaboliques sont fréquemment rapportés. Sur le plan hormonal, les déficits en œstrogènes (bouffées de chaleur, palpitations, troubles du sommeil) ou en androgènes (dysthymie, fatigue, baisse du



désir) à partir de la ménopause, agiraient plutôt comme des facteurs précipitants, par exemple en cas de difficultés sexuelles déjà présentes. Beaucoup d'autres variables somatiques ou psychosociales auraient une influence égale, voire supérieure.^{7,8}

Par exemple, des facteurs psychologiques tels que des antécédents de difficultés relationnelles et sexuelles, une dépression ainsi qu'une baisse de l'estime de soi sont fréquemment impliqués dans l'apparition de dysfonctions sexuelles (tableau 1).

L'âge, l'éventuel manque d'activité sexuelle et la déplétion hormonale peuvent ainsi engendrer une baisse de désir sexuel, des troubles de la phase d'excitation avec un échec de la réponse génitale, des dyspareunies, voire des difficultés pour atteindre l'orgasme. En particulier, ce sont surtout les troubles de l'excitation sexuelle qui seraient corrélés à une carence hormonale.

Un trouble sexuel à partir de la ménopause doit toujours être évalué et, en fonction des plaintes de la patiente ou du couple, une aide spécialisée sera nécessaire (tableau 2).

Tableau 1. Facteurs bio-psychosociaux liés à l'âge pouvant contribuer à une dysfonction sexuelle chez la femme

Biologique

- Etat de santé général, hypertension artérielle, obésité, diabète, douleurs et atteinte du système locomoteur, atteintes vasculaire, neurologique
- Médications et toxiques
- Symptômes liés à la ménopause
- Symptômes liés à une carence hormonale (ménopause)
- Néoplasies

Psychologique

- Mauvaise image de soi
- Troubles de l'humeur
- Détérioration des fonctions cognitives

Social/relationnel

- Troubles sexuels chez le partenaire
- Durée de la relation, routine
- Difficultés de couple, conflits non résolus, problèmes de communication
- Asymétrie dans le développement personnel et la différenciation de soi
- Difficultés socioéconomiques
- Disparition du désir d'enfant

Tableau 2. Exemple d'évaluation sexologique possible Envisager une évaluation et un traitement spécifique en cas de réponse affirmative.

- Existe-il de fausses croyances ou des distorsions cognitives à propos de la sexualité?
- Peut-on diagnostiquer un trouble sexuel?
- Le trouble sexuel est-il d'apparition récente?
- Y a-t-il un problème somatique pouvant expliquer le trouble?
- Un médicament ou un toxique peuvent-ils être une cause de ce trouble?
- Y a-t-il une pathologie psychiatrique?
- Un traumatisme ancien ou récent peut-il expliquer le trouble?
- Y a-t-il une absence de partenaire disponible?
- Y a-t-il un conflit de couple?
- Y a-t-il des facteurs favorisant le trouble?
- Existe-t-il une carence hormonale associée aux troubles?
- Les conséquences du trouble justifient-elles une prise en charge selon le (la) patient(e)?

QUELLE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE PROPOSER CHEZ LA FEMME?

Ce qui fait la spécificité par rapport à une prise en charge sexothérapeutique classique, c'est l'existence, s'il n'y a pas de contre-indications, de différentes options thérapeutiques concernant une substitution hormonale. Les œstrogènes et la progestérone permettent de préserver l'intégrité physiologique et la fonctionnalité génitale. Ce traitement reconnu devra tout de même être discuté avec la patiente en considérant les risques et les bénéfices, en tenant compte aussi des implications sur l'image de soi que l'instauration ou non de ce traitement comporte.⁹

En ce qui concerne une substitution en androgènes, les études à disposition montrent un effet souvent bénéfique, en particulier en cas de symptômes de troubles de l'excitation et du désir.¹⁰ Cependant, le dosage peu sensible et imprécis de la testostérone chez la femme, ainsi que le possible risque de néoplasies, ne permettent pas de recommander une substitution en androgènes et nécessitent des études à long terme complémentaires.

A noter qu'un traitement topique en œstrogènes est une option efficace en cas de dyspareunie liée à l'atrophie vaginale et en cas de contre-indications d'une substitution hormonale par voie systémique.¹¹

COMMENT ÉVALUER UNE DYSFONCTION SEXUELLE LIÉE À L'ÂGE CHEZ L'HOMME?

Les principaux facteurs biologiques contribuant aux dysfonctions sexuelles chez l'homme sont les troubles cardiovasculaires et métaboliques et les problèmes urogénitaux, en particulier prostatiques. Sur le plan psychologique, ce sont l'anxiété de performance et la dépression qui sont les facteurs les plus décrits (tableaux 2 et 3).

D'autre part, le syndrome de déficit en testostérone de l'homme âgé (*Symptomatic late onset hypogonadism* – SLOH) est un syndrome commun, souvent mal connu et sous-diagnostiqué. Contrairement à l'hypogonadisme «classique», le SLOH est responsable d'un tableau clinique beaucoup plus flou que l'on peut facilement confondre avec l'effet du vieillissement (tableau 4).

La prévalence approche de 10% chez les hommes de 40 à 70 ans et augmente avec l'âge ou dans les populations à risque telles que les diabétiques ou les obèses.^{12,13}

Ce syndrome doit être reconnu, car il est associé à une atteinte importante de la qualité de vie et présente de nombreuses conséquences médicales dont les dysfonctions érectiles et les baisses du désir sexuel. Ces troubles sexuels revêtent d'ailleurs une importance particulière puisqu'ils doivent à eux seuls faire suspecter un SLOH.

Seuls 10% des hommes âgés avec une déficience en testostérone reçoivent un traitement.¹⁴

QUELLE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE CHEZ L'HOMME?

Nombre de publications décrivent l'introduction des IPDE-5 comme un changement majeur dans la prise en charge thérapeutique des dysfonctions érectiles, non seulement pour le patient âgé mais aussi pour l'adulte jeune.



Tableau 3. Facteurs bio-psychosociaux liés à l'âge pouvant contribuer à une dysfonction sexuelle chez l'homme

SLOH : syndrome de déficit en testostérone de l'homme âgé.

Biologique

- Etat de santé général, troubles vasculaires et métaboliques, atteinte neurologique, diabète, hypertension, obésité, douleurs et atteinte du système locomoteur
- Médications et toxiques (alcool, tabac)
- Symptômes liés à une carence hormonale (SLOH)
- Néoplasies (prostate)

Psychologique

- Anxiété de performance
- Troubles de l'humeur
- Détérioration des fonctions cognitives

Social/relationnel

- Problèmes de santé chez le (la) partenaire
- Durée de la relation, routine
- Difficultés de couple, conflits non résolus, problèmes de communication
- Asymétrie dans le développement personnel et la différenciation de soi
- Difficultés socioéconomiques

Tableau 4. Eléments devant faire suspecter un SLOH

SLOH : syndrome de déficit en testostérone de l'homme âgé.

- Fatigue et manque d'endurance
- Troubles du sommeil
- Diminution de la pilosité
- Tristesse, irritabilité
- Baisse de la densité osseuse
- Diminution de la masse musculaire et faiblesse
- Baisse de la libido
- Dysfonction érectile
- Augmentation de la masse graisseuse
- Hématopoïèse diminuée
- Oligospermie, azoospermie

Par contre, la spécificité de l'évaluation et de la prise en charge des troubles sexuels chez l'homme vieillissant réside dans le fait d'un dépistage systématique d'un éventuel SLOH par un dosage de la testostérone totale (le matin), en cas de dysfonction érectile ou de baisse du désir sexuel. Cela doit permettre une meilleure prévention des troubles cardiovasculaires et métaboliques, ainsi qu'une éventuelle substitution hormonale en l'absence de contre-indications (en particulier vasculaires et néoplasiques) et selon l'avis d'un spécialiste.¹⁵⁻¹⁷

On sait que lorsqu'une substitution en testostérone est prescrite, la libido est améliorée chez la plupart des patients et l'érection chez un patient sur deux.¹⁸ L'effet thérapeutique peut prendre jusqu'à 24 semaines pour se manifester et est favorable pour la plupart des symptômes du SLOH, excepté la dépression pour laquelle il n'y a pas assez de preuves en faveur d'un effet direct.¹⁹

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le bilan sexologique des patientes et des patients âgés qui présentent des troubles sexuels, et en général chez tout patient âgé, revêt une importance majeure en raison des potentielles comorbidités et de l'impact des dysfonctions

sexuelles sur la qualité de vie. Cela doit permettre de dépister d'éventuelles maladies sous-jacentes et de mettre en place des thérapies adéquates.

Le SLOH semble être une cause fréquente de troubles sexuels chez l'homme âgé. Il s'installe sournoisement et peut engendrer des conséquences sérieuses pour la santé telles qu'asthénie, perte d'élan vital, troubles sexuels, résistance à l'insuline.²⁰

La baisse pulsionnelle liée à la carence en androgènes dans les deux sexes peut en grande partie expliquer une baisse de l'intérêt sexuel, bien que chez la femme d'autres facteurs, en particulier psychosociaux, soient en jeu. Cela engendre souvent un cercle vicieux avec un impact négatif sur l'estime de soi et sur l'activité sexuelle du couple. Dans les cas d'hypogonadisme et en l'absence de contre-indications, notamment prostatiques, l'endocrinologue pourra prescrire des thérapies de substitution hormonale pour l'homme.²¹

En conclusion, la prise en charge des troubles sexuels chez la personne vieillissante devrait intégrer une approche interdisciplinaire pour laquelle le praticien et le spécialiste bénéficierait d'une formation en médecine sexuelle. ■

Stratégie de recherche et critères de sélection

Les données utilisées pour cette revue ont été identifiées par une recherche *Medline* des articles publiés en anglais ou en français depuis 1985 dans le domaine de la médecine sexuelle, l'urologie, l'androgologie, l'endocrinologie, la gynécologie. Les articles ont été inclus dans la liste des références s'ils présentaient une approche originale pour chacune des sections principales de la revue ou couvraient les sujets suivants : âge et sexualité, ménopause, andropause, troubles sexuels chez l'âge. Les deux mots clés principaux utilisés pour la recherche étaient : «aging» et «sexuality». Un sous-ensemble de critères a été simultanément utilisé avec ces deux termes, il comprenait les mots clés suivants : «sexual function», «sexual dysfunction», «sexuality», «aging», «older adults», «midlife», «ageing men», «ageing women», «aging men», «aging women», «elderly men», «elderly women», «menopause», «postmenopausal», «andropause», «hormonal», «late onset hypogonadism».

Implications pratiques

- Les troubles sexuels chez l'âge doivent être investigués systématiquement
- Les troubles sexuels chez l'âge ont un impact négatif sur la qualité de vie et peuvent être traités
- Ces troubles peuvent être des signes d'appel pour des pathologies telles qu'une carence hormonale, qu'il faut diagnostiquer et éventuellement traiter en interdisciplinarité
- La bonne santé sexuelle de la personne âgée peut être un signe de bonne santé globale



Bibliographie

- 1 Wanner P, et al. La vie après 50 ans en Suisse. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS), 2005.
- 2 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
- 3 Tressel Lindau S, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in United States. *N Engl J Med* 2007;357:762-74.
- 4 * Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007;369:409-24.
- 5 Laumann EO, Das A, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *J Sex Med*;5:2300-11.
- 6 ** Bitzer J, Platano G, Tschudin S, et al. Sexual counselling in elderly couples. *J Sex Med* 2008;5:2027-43.
- 7 Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, et al. Low sexual desire in midlife and older women: Personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause* 2004;11:726-40.
- 8 * Graziottin A, Leblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med* 2005;2:133-45.
- 9 ** Goldstein I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. *J Sex Med* 2007;4:235-53.
- 10 * Kingsberg S. Testosterone treatment for hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med* 2007;4:227-34.
- 11 Goldstein I, Alexander JL. Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *J Sex Med* 2005;2(Suppl. 3):154-65.
- 12 Seidman SN. Androgens and the aging male. *Psychopharmacol Bull* 2007;40:205-18.
- 13 Tostain JL, Blanc F. Testosterone deficiency: A common, unrecognized syndrome. *Nat Clin Pract Urol* 2008; 5:388-96.
- 14 ** Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males ISA, ISSAM, EAU recommendations. *J Androl* 2006;27:135-7.
- 15 Zglickzinski S, Ossowski M, Slowinska-Srzednicka J, et al. Effect of testosterone replacement therapy on lipids and lipoproteins in hypogonadal and elderly men. *Atherosclerosis* 1996;121:35-43.
- 16 Muller M, Grobee DE, den Tonkelaar I, et al. Endogenous sex hormones and metabolic syndrome in aging men. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:2618-23.
- 17 Laaksonen DE, Noskanen L, Punnonen K, et al. Testosterone and sex hormone-binding globulin predict the metabolic syndrome and diabetes in middle-aged men. *Diabetes care* 2004;27:1036-41.
- 18 Kupelian V, Shabsigh R, Travison TG, et al. Is there a relationship between sex hormones and erectile dysfunction? Results from Massachusetts male aging study. *J Urol* 2006;176:2584-8.
- 19 Yassin AA, Saad F. Improvement of sexual function in men with late-onset hypogonadism treated with testosterone only. *J Sex Med* 2007;4:497-501.
- 20 * Basaria S, Dobs AS. Hypogonadism and androgen replacement therapy in elderly men. *Am J Med* 2001; 110:563-72.
- 21 Hijazi RA, Cunningham GR. Andropause: Is androgen replacement therapy indicated for aging male? *Annu Rev Med* 2005;56:117-37.

* à lire

** à lire absolument