

## DYSFONCTION ÉRECTILE CHEZ LES HOMMES VIVANT AVEC LE VIH : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

**Auteurs :** P. PAPAIZIAN<sup>(1)</sup>, E. BOUVET<sup>(1, 2)</sup>, S. MATHERON<sup>(1)</sup>, S. LARIVEN<sup>(1)</sup>, C. JESTIN<sup>(1)</sup>, Z. BERKI-BENHADDAD<sup>(1)</sup>, A. VILLEMANT-ULUDAG<sup>(3)</sup>, V. TIRARD-FLEURY<sup>(1)</sup>, B. PHUNG<sup>(1)</sup>, C. RIOUX<sup>(1)</sup>, P. YENI<sup>(1)</sup>, Y. YAZDANPANAHA<sup>(1)</sup>.

(1) Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris. (2) COREVIH Ile de France Nord. (3) Hôpital Beaujon, Clichy.

**CONTACT :** patrickpapazian2014@gmail.com

**L'incidence élevée de la dysfonction érectile chez les hommes vivant avec le VIH est décrite dans la littérature : plus d'1 homme sur 2 serait concerné au cours de sa vie sexuelle.** (1, 2, 3) Moins connues sont les caractéristiques de cette dysfonction érectile : à quel moment de la vie avec le VIH survient-elle, comment se manifeste-t-elle, quelles sont les relations réelles ou supposées avec le VIH/le traitement antirétroviral, quelles sont ses conséquences et quelle prise en charge spécifique impose-t-elle ?

La consultation de Sexologie dédiée aux patients vivant avec le VIH et/ou une hépatite de l'hôpital Bichat-Claude Bernard a permis de recueillir et d'analyser les caractéristiques cliniques d'une dysfonction érectile chez 105 hommes âgés de 23 à 68 ans.

### PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE :

- **Age moyen : 48 ans**
- **Délai moyen entre la consultation de sexologie et la date de découverte de la séropositivité : 11 ans** (de 3 mois à 27 ans)
- **Orientation sexuelle : 60 %** Hétérosexuelle exclusive, **40 %** Homosexuelle/Bisexuelle

### RÉSULTATS

Plusieurs types de dysfonction érectile sont identifiables dans le récit des patients :

**1. DYSFONCTION ÉRECTILE INAUGURALE** (dans la première année suivant la découverte de la séropositivité) : **10 %** des patients consultant pour dysfonction érectile. Chez ces patients, la crainte de contaminer les partenaires contribue à la perte d'érection. Des informations claires sur le risque ou l'absence de risque doivent être données.

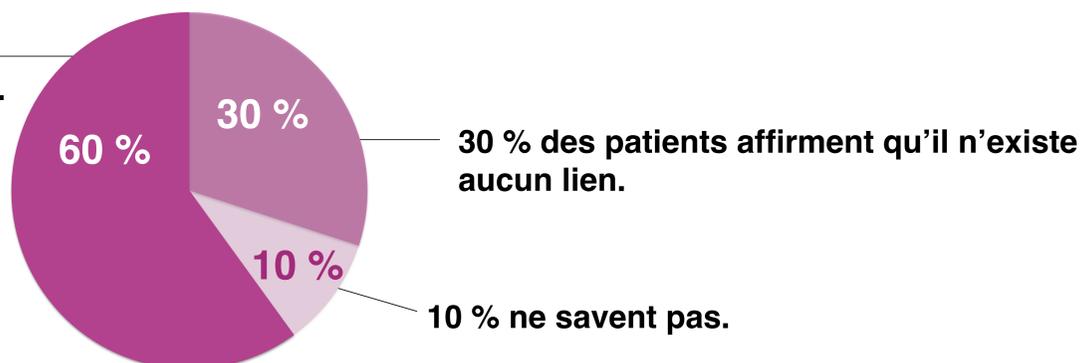
**2. DYSFONCTION ÉRECTILE MÉDICAMENTEUSE** (pas forcément iatrogène), liée à l'introduction d'un nouveau traitement antirétroviral : **10%** des patients consultant pour dysfonction érectile. Chez ces patients, l'observance du traitement antirétroviral est parfois médiocre en raison de ce lien supposé avec la dysfonction érectile. Une discussion avec le médecin VIH peut être nécessaire afin d'envisager un switch médicamenteux.

**3. DYSFONCTION ÉRECTILE RELATIONNELLE**, au début d'une relation avec un (une) nouveau(elle) partenaire : **12 %** des patients consultant pour une dysfonction érectile. Les modalités d'annonce de la séropositivité aux partenaires doivent être particulièrement discutées avec ces patients.

**4. DYSFONCTION ÉRECTILE CIRCONSTANCIELLE**, lors de la mise en place du préservatif : **55 %** des patients consultant pour une dysfonction érectile. Un traitement médicamenteux de courte durée peut permettre à ces patients de reprendre confiance, et éviter l'abandon du préservatif.

**Pensez-vous que votre dysfonction érectile ait un lien direct avec votre infection par le VIH ou son traitement ?**

**Le lien avec le VIH/son traitement est supposé par le patient dans 60 % des cas.**



**La prise en charge impose certaines spécificités liées à la séropositivité :** exploration cardiovasculaire plus poussée, origine iatrogène à envisager et, évidemment, impact de la vie avec le VIH sur la sexualité. La prescription d'un médicament favorisant l'érection est également orientée par la vie avec le VIH : prise en compte des interactions médicamenteuses, recours plus fréquent à un traitement par yohimbine, voie locale ou injection intra-caverneuse.

A l'inverse, **des facteurs indépendants de l'infection par le VIH sont à prendre en compte pour évaluer la santé sexuelle de ces hommes :** âge, état de santé général et comorbidités, représentations et croyances en matière de sexualité, niveau social.

### CONCLUSION

Les hommes vivant avec le VIH présentent un risque élevé de souffrir de dysfonction érectile au cours de leur vie sexuelle. Une évaluation et une prise en charge, si besoin, de la santé sexuelle doivent donc être intégrées au parcours de soin de ces hommes.

Lorsqu'une dysfonction érectile est rapportée par le patient, certaines caractéristiques liées au VIH doivent être recherchées. Ces aspects permettent d'individualiser des sous-types de dysfonction érectile et des modalités d'abord et de traitement qui complètent l'interrogatoire et le bilan classiques. **Ainsi, l'approche sexologique peut être affinée pour mieux prendre en compte ces spécificités et tenir compte du vécu lié à la séropositivité.**

(1) Mao L, Newman CE, Kidd MR, Saltman DC, Rogers GD, Kippax SC. Self-reported sexual difficulties and their association with depression and other factors among gay men attending high HIV-caseload general practices in Australia. J Sex Med 2009 ; 6 : 1378-85.

(2) Moreno-Pérez O, Escóin C, Serna-Candel C *et al.* Risk factors for sexual and erectile dysfunction in HIV-infected men: the role of protease inhibitors. AIDS 2010 ; 24 : 255-64.

(3) Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. P. Morlat.