

Troubles de l'érection: pourquoi il est important de consulter

1%
des enfants
naissent malvoyants
ou souffrent d'une pathologie
pouvant rendre aveugle.

80%
des
acquisitions
du nourrisson
se font par la vue

1 sur 7
Part
des enfants
de moins de 6 ans
présentant des
troubles visuels

TROUBLES VISUELS: MIEUX VAUT DÉPISTER TÔT

Les problèmes de vue s'installent progressivement chez l'enfant, si bien que, dans 75 % des cas, ces derniers ne se plaignent pas de voir flou. Or, pour mettre en place un traitement efficace, il est important qu'ils soient diagnostiqués le plus tôt possible.

C'est pourquoi le carnet de santé prévoit trois dépistages obligatoires, au 8^e jour de vie (il peut être confié à la sage-femme ou au pédiatre), puis à 9 et 24 mois. Ces examens peuvent être réalisés par le médecin généraliste, le pédiatre ou en consultation de PMI. Un suivi qui devrait être systématiquement complété par un examen chez l'orthoptiste à 3 ans, estime l'Association francophone de strabologie et d'ophtalmologie pédiatrique dans ses dernières recommandations en 2020. L'objectif de cette consultation est d'évaluer l'acuité visuelle des enfants pour dépister l'amblyopie («œil paresseux»), mais aussi repérer un strabisme ou un trouble de la réfraction (hypermétropie, astigmatisme ou myopie). Si une anomalie est détectée, l'enfant doit être adressé chez l'ophtalmologiste dans le mois qui suit en cas d'amblyopie, ou dans les trois mois pour un autre trouble visuel.



DOCTEUR RONALD VIRAG

• Chirurgien cardiovasculaire, andrologue, membre de l'Académie nationale de chirurgie.

ANDROLOGIE L'absence ou la mauvaise qualité de l'érection, nommée dysfonction érectile, est une véritable maladie invalidante qui pose un problème de santé publique. Tout d'abord par sa fréquence: 30 % des hommes en souffrent, dont 20 % ont moins de 40 ans. Ensuite parce qu'elle est si mal supportée que 30 % de ceux qui sont atteints considèrent que si elle persistait, la vie ne vaudrait pas la peine d'être vécue. Elle est le support essentiel de la masculinité et l'on comprend que son absence ou sa disparition soit destructrice. «L'érection est le principal problème de l'humanité depuis la nuit des temps», a même affirmé l'écrivain Nancy Huston, considérant dans les colonnes du quotidien *Le Monde* qu'elle pourrait expliquer nombre de conduites déviantes (violence, alcoolisme, drogue...).

L'érection est la résultante de stimuli sensoriels actionnant un système vasculaire complexe sous contrôle endocrinien, dans un environnement psychoaffectif très prégnant. Ce fragile équilibre peut être mis à mal par différentes voies. D'une part, des causes vasculaires, car l'intégrité de l'arrivée artérielle et du blocage veineux est essentielle à l'érection. Les troubles érectiles sont d'ailleurs présents dans un nombre important de pathologies répandues: diabète, tabagisme, obésité, séquelles de traumatismes du rachis et du bassin, suites d'intervention chirurgicales pour cancer (prostate, vessie, colon et rectum) ou lors de nombreux traitements médicaux.

S'y ajoute l'anxiété de l'échec sexuel, présente dès qu'une difficulté se produit: elle devient vite tellement prédominante qu'elle occulte les autres causes de dysfonction érectile. Une évaluation



Près de 30% des hommes souffrent de troubles de l'érection, dont 20% ont moins de 40 ans. SILVERBLACK - STOCK.ADOBE.COM

précise est donc indispensable pour lui opposer un traitement adapté.

Il n'y a pas de fatalité à l'impuissance, mais des solutions efficaces pour la combattre. L'arrivée tonitruante du Viagra (sildénafil) à la fin du XX^e siècle a eu deux conséquences: elle a offert une solution simple, mais a laissé penser qu'on pouvait s'exonérer de rechercher les causes de la maladie. Aujourd'hui, force est de constater que les médicaments de cette famille ne sont que partiellement efficaces, avec souvent des effets secondaires. De plus, les patients souhaitent savoir d'où vient leur problème. C'est pourquoi il faut, face à un trouble de l'érection, comme pour toute autre pathologie, en rechercher les causes. L'enquête diagnostique est aidée par des examens précis: l'échographie doppler, la détermination du taux de testostérone et éventuellement des tests neurologi-

ques et psychologiques. Le test de stimulation pharmacologique de l'érection est également un outil indispensable. Équivalent pour le pénis de l'épreuve d'effort pour le cœur, il a trois vertus: identifier une cause vasculaire, mesurer l'intensité de l'atteinte érectile et éclairer le patient sur son état cardiovasculaire en général. La découverte, lors de ce test, d'une atteinte artérielle pénienne, même modérée, impose un bilan cardiovasculaire exhaustif, car la survenue de troubles de l'érection peut précéder de plusieurs années un infarctus du myocarde ou un AVC.

Implant pénien

Les traitements médicaux se situent à deux niveaux. Pour être efficaces, les médicaments par voie orale (de la famille du sildénafil) nécessitent un niveau de testostérone et des stimuli sexuels suffisants. La prise quoti-

dienne de mini-doses est associée à la prise avant un rapport, et éventuellement à de la testostérone. Ces molécules doivent être utilisées avec beaucoup de précautions en cas de trouble cardiaque.

Lorsqu'elles sont inefficaces, il est possible de proposer au patient un traitement par auto-injection dans le pénis de médicaments vasovasoactifs. Mis en place sous un contrôle médical strict, il est d'une grande innocuité et d'une efficacité remarquable.

Chez les 10 à 15 % de sujets pour qui se posera la question du recours à la chirurgie, deux voies existent. L'une, réparatrice, consiste à revasculariser la verge pour améliorer le flux sanguin. Elle est indiquée dans certains dysfonctionnements d'origine vasculaire et vise à conserver des érections naturelles. L'autre réside dans la mise en place d'un implant pénien gonflable et bénéficie d'un recul positif après cinquante ans de pratique.

Pour conclure, il paraît important d'insister sur trois messages. Le grand public, d'abord, doit comprendre que les troubles érectiles ne sont pas anecdotiques et doivent être pris en charge sérieusement. Les patients concernés doivent admettre que le problème ne se règle pas par une pilule achetée sur internet mais nécessite une prise en charge médicale coordonnée et le respect d'une hygiène de vie identique à celle prônée pour les maladies cardiovasculaires (contrôle du poids, arrêt du tabac, équilibre du diabète, pratique sportive). Quant aux pouvoirs publics, ils doivent faire de cette pathologie fréquente et trop souvent destructrice des équilibres individuel et social, un objectif de santé publique. ■

Pour que la PMA pour toutes soit une réalité, rendons le don de gamètes possible dans tous les centres de fertilité

TRIBUNE COLLECTIVE

• Retrouvez la liste des auteurs en fin de texte.

FERTILITÉ La révision de la loi de bioéthique de 2021 a été l'occasion pour la France d'ouvrir un certain nombre de droits aux femmes, plus d'une décennie après de nombreux pays européens. C'est ainsi que l'assistance médicale à la procréation (AMP ou PMA), avec don de spermatozoïdes via l'insémination intra-utérine ou la fécondation in vitro (FIV), a été autorisée à l'automne aux couples de femmes et aux femmes non mariées. Il en a été de même pour l'autoconservation dite «sociale» des ovocytes et des spermatozoïdes.

Malheureusement, ce droit que les femmes homosexuelles et célibataires ont attendu pendant une décennie de promesses non tenues est difficile à concrétiser. Les délais annoncés pour la PMA avec don de spermatozoïdes varient en fonction des centres de don français de six mois à trois ans, délais que connaissent déjà les couples hétérosexuels suivis pour une infertilité masculine sévère. Malgré l'engagement tenu du ministère de la Santé sur les moyens financiers débloqués pour sa mise en œuvre, et la campagne de communication réussie que mène l'Agence de la biomédecine (ABM), ces délais, uniques dans le monde occidental, rendent difficile la prise en charge de la majorité des femmes sur le territoire national. Une situation difficilement acceptable.

Les femmes qui ont besoin de spermatozoïdes de donneur ou qui souhaitent bénéficier d'une autoconservation dite «sociale» de leurs ovocytes sont donc nombreuses à se rendre encore à l'étranger pour pouvoir bénéficier d'une prise

en charge dans un délai décent, et éviter une perte de chance.

L'anonymat du don imposé en France aux receveuses et receveurs est un autre motif fréquent de recours à des soins à l'étranger. Les personnes qui souhaiteraient avoir des informations sur le donneur, ou bien encore le rencontrer, ne peuvent pas le faire. Et cela restera le cas malgré l'institution par la révision de la loi de bioéthique d'un accès aux origines pour les enfants nés de PMA, qui sera pleinement effectif à une date encore inconnue.

Cela étant dit, les délais à la parentalité imposés dans le cadre du don de gamètes en France depuis plusieurs décennies apparaissent comme le problème majeur, qui n'a malheureusement pas été pris en compte par le législateur lors des débats parlementaires sur la révision de la loi, malgré les nombreuses alertes des associations de patientes et des professionnels de la PMA.

Un monopole de fait

Rappelons que les centres de PMA, qu'ils soient publics ou privés, dépendent de la vingtaine de centres de don existant sur le territoire national pour chaque tentative d'insémination ou de fécondation in vitro, lorsqu'un don de spermatozoïdes est nécessaire. Certains centres de PMA ont l'autorisation d'officier également en tant que centres de dons, mais pour tous les autres, impossible de collecter et d'organiser le don de spermatozoïdes, ni d'importer des paillettes de l'étranger - et ce bien qu'ils soient compétents en la matière et soumis à la même réglementation. La même restriction s'applique aux centres

de fertilité privés, qui font déjà la moitié des PMA en France, sur l'autoconservation sociale d'ovocytes et de spermatozoïdes.

Ce monopole de fait des centres de don, consécutif à la loi et aux usages, induit des délais intolérables dans le désir de parentalité, des prises en charge éloignées géographiquement tant pour les donneuses et donneuses que pour les couples et les femmes qui en bénéficient, et des inégalités territoriales significatives. On mesure aujourd'hui les conséquences directes de ces choix sur les délais d'attente. Certains projets sont «au mieux» reportés, au pire éconduits. C'est pourquoi nous, professionnels et associatifs, demandons:

- Que tous les centres de PMA, publics comme privés, puissent être autorisés à toutes les activités de don et d'autoconservation de gamètes. Il est important que le Parlement corrige sa copie sur ce point dès cette année, et que les agences régionales de santé (ARS) soient rapidement moteurs dans les autorisations délivrées.

- Que le ministère de la Santé et les ARS aient les moyens de garantir un égal accès aux femmes à la PMA, quels que soient leur lieu d'habitation sur le territoire national, leur statut matrimonial et leur orientation sexuelle. Que soit également prévenu tout type de pressions («parrainage au profit» impliquant qu'un receveur verra son attente réduite s'il convainc une connaissance de faire un don; appareillage phénotypique basé sur l'apparence physique).

- Que soit instituée, sous l'égide du ministère de la Santé et de

l'ABM, une Journée nationale des donneuses et des donneurs de gamètes et que les campagnes d'appel au don de gamètes continuent d'être diffusées auprès des acteurs de la vie sociale (associations, syndicats, fédérations sportives...), auprès des acteurs de la vie publique (pompiers, militaires, personnel médical et paramédical, fonctionnaires...), et du grand public. ■

Ce texte est signé par 200 professionnels de la PMA et 9 associations de patientes. Premiers signataires professionnels: Dr Mikhaël Agopian, médecin de la reproduction, Nancy; Dr Silvia Alvarez, médecin de la reproduction, Paris; Dr Lionel Barrand, biologiste médical, Strasbourg; P Thomas Fréour, Strabologue de la reproduction, Nantes; P Michaël Grynberg, médecin de la reproduction, Clamart; Dr Mélanie Le Chatton, médecin de la reproduction, Lyon; Dr Brieuc Lefature, biologiste de la reproduction, Épinal; Hélène Malmanche, sage-femme, Paris; Dr Nathalie Massin, médecin de la reproduction, Créteil; P Olivier Morel, gynécologue-obstétricien, Nancy; Dr Géraldine Porcu, médecin de la reproduction, Marseille. Premiers signataires associatifs: ADFH (Association des familles homoparentales); Association Maïa; Collectif Bamp; Don de gamètes solidaire; Les Cigognes de l'espoir; Les Enfants d'arc-en-ciel, l'asso!; Mam'enSolo; PMAAnonyme; R2F (Réseau fertilité France).

Retrouvez la liste complète des signataires sur www.lefigaro.fr