

# DYSFONCTIONS SEXUELLES ET ANTIDÉPRESSEURS

O. LICITSYNA (1), M. ANSSEAU (2), W. PITCHOT (3)

**RESUME :** Au cours des deux dernières décennies, de nombreux antidépresseurs (AD) ont été commercialisés. Ces médicaments sont largement utilisés dans le traitement de la dépression, mais aussi dans d'autres indications comme les troubles anxieux, les troubles alimentaires, le syndrome prémenstruel, les douleurs neuropathiques d'origine diabétique, etc... Pendant de nombreuses années, on s'est très peu intéressé aux effets secondaires sexuels des antidépresseurs.. Ceux-ci perturbent cependant la qualité de vie des patients et augmentent le risque de non-observance thérapeutique. Actuellement, peu de données scientifiques fiables sont disponibles concernant la nature et la fréquence des troubles sexuels induits par les antidépresseurs. Généralement, on considère que le problème est largement sous-estimé parce que rarement abordé dans le cadre de la consultation. Les problématiques sexuelles rencontrées par le patient restent clairement un sujet tabou. Le but de cet article est de passer en revue les effets secondaires sexuels des antidépresseurs, de comparer les différentes classes et d'envisager des stratégies possibles pour limiter l'importance de ces effets.

**MOTS-CLÉS :** Dépression - Dysfonction sexuelle - Antidépresseurs - Effects secondaires

## INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, de nombreux antidépresseurs (AD) ont été commercialisés. Ces médicaments sont largement utilisés dans le traitement de la dépression, mais aussi dans d'autres indications comme les troubles anxieux (le trouble panique, l'anxiété généralisée, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique), les troubles alimentaires, le syndrome prémenstruel, les douleurs neuropathiques d'origine diabétique, etc... Pendant très longtemps,, les effets secondaires sexuels des antidépresseurs ont été négligés. Avant l'arrivée des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les antidépresseurs disponibles étaient les tricycliques et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO). Ces produits induisaient des effets secondaires importants comme de la sédation, une prise de poids, de l'hypotension, des effets anticholinergiques (pour les tricy-

## SEXUAL DYSFUNCTION AND ANTIDEPRESSANTS

**SUMMARY :** Over the last two decades, several antidepressants (AD) were marketed. These drugs are not only used for the treatment of depression, but also for many other indications like anxiety disorders, eating disorders, premenstrual syndrome and neuropathic pain of diabetic origin... During several years, sexual side-effects of AD have been ignored. These side-effects have a great impact on the quality of life of patients and increase the risk of non-compliance to treatment. Presently, few reliable scientific data are available concerning the frequency and the nature of sexual disorders induced by AD. Overall, these effects are grossly underestimated because the problem is rarely addressed directly. In this review, the sexual side-effects of AD and the possible strategies to limit their consequences will be discussed.

**KEYWORDS :** Depression - Sexual dysfunction - Antidepressants - Side-effects

cliques). En particulier, les tricycliques étaient potentiellement cardiotoxiques, et les IMAO étaient susceptibles de favoriser l'apparition de crises hypertensives graves en cas d'association avec des médications sympathomimétiques ou à la suite de l'ingestion de nourriture contenant de la tyramine. Devant ces risques, les cliniciens étaient peu préoccupés par les conséquences éventuelles de la prescription de ces médicaments sur la fonction sexuelle.

Toute une série d'idées reçues ont également contribué à sous-estimer l'importance des effets secondaires sexuels associés aux antidépresseurs et à négliger l'impact sur la qualité de vie du patient. Une première croyance consistait à considérer que les patients n'accordaient que peu d'importance à leur vie sexuelle. Une autre conviction complètement fausse était que les patients continuaient le traitement malgré l'apparition d'effets négatifs sur la fonction sexuelle. En outre, le clinicien a longtemps eu la conviction que le patient concerné parlerait spontanément de ses problèmes sexuels. Enfin, on a cru que les antidépresseurs ne différaient pas entre eux en termes d'incidence d'effets secondaires sexuels (1).

Les effets secondaires sexuels perturbent la qualité de vie du patient et augmentent le risque de non-observance thérapeutique. Actuellement, peu de données scientifiques fiables sont disponibles concernant la nature et la fréquence des troubles sexuels induits par les antidépresseurs.

(1) Assistante en psychiatrie, Clinique Notre Dame des Anges à Glain, (2) Professeur, Chef de Service, (3) Professeur, Chef de Service Associé. Université de Liège, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU de Liège.

Généralement, on considère que le problème est largement sous-estimé parce que rarement abordé dans le cadre de la consultation. Les problématiques sexuelles rencontrées par le patient restent clairement un sujet tabou.

Le but de cet article est de passer en revue les effets secondaires sexuels des antidépresseurs, comparer les différentes classes et envisager des stratégies possibles pour limiter l'importance de ces effets.

#### **ETIOLOGIE DES TROUBLES SEXUELS CHEZ LES PATIENTS DÉPRESSIFS**

Selon les études, l'incidence des dysfonctions sexuelles, dans la population générale, est située entre 25 et 63% chez les femmes et entre 10 et 52% chez les hommes (2). Les résultats des études varient en fonction de la méthodologie utilisée, et notamment des outils d'évaluation de la fonction sexuelle. Plusieurs questionnaires existent, mais la plupart n'ont pas été suffisamment validés. Les échelles les plus connues sont notamment le Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) (3) et l'Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) (4). Ces questionnaires ont été relativement bien validés, mais restent peu utilisés dans les études ou en pratique clinique.

La difficulté dans l'évaluation des effets secondaires sexuels des antidépresseurs s'explique principalement par le fait que l'état de dépression est classiquement associé à des troubles de la fonction sexuelle. En fait, la dépression est caractérisée par une perte de la capacité d'éprouver du plaisir (anhédonie) dans pratiquement tous les domaines de la vie, y compris la sexualité. Une perte d'intérêt pour la sexualité a été rapportée chez 72% des patients souffrant de dépression unipolaire et chez 77% des patients déprimés bipolaires (5).

En outre, la dépression entraîne des sentiments de faible estime de soi, de dévalorisation, de repli sur soi, ou de culpabilité favorisant des troubles relationnels. Chez le sujet déprimé, on retrouve également d'autres troubles psychiatriques comorbes comme un trouble anxieux ou un abus de substances, ainsi que des affections médicales susceptibles d'être en partie à l'origine des troubles sexuels du patient.

Le tableau I reprend les principales origines des dysfonctions sexuelles observées chez les patients dépressifs.

Les patients rapportent rarement les effets secondaires sexuels dont ils souffrent. Une étude a montré que 14% des patients seulement rap-

TABLEAU I. ETIOLOGIE DES TROUBLES SEXUELS CHEZ LES PATIENTS DÉPRESSIFS

- Symptomatologie dépressive (anhédonie, athénie);
- Causes médicales associées (problèmes cardiovaskulaires, endocrinopathies, affections uro-génitales, pathologies infectieuses, maladies auto-immunes, troubles métaboliques et néoplasies...);
- Affections psychiatriques et neurologiques;
- Trouble sexuel primaire (dyspareunie, vaginisme);
- Effets secondaires des antidépresseurs et autres psychotropes;
- Effets secondaires d'autres médicaments (antihypertenseurs, diurétiques d'épargne potassique, antihistaminiques H2, myorelaxants);
- Effets d'abus de substances (alcool, tabac, cocaïne et opioïdes);
- Contexte psychosocial (nature de la relation avec le partenaire, âge avancé), psychologique (estime de soi, identité sexuelle, image corporelle, traumatisme et abus sexuels), culturel, religieux, environnemental, ethnique.

portaient spontanément les effets sexuels induits par leur antidépresseur alors que 58% avouaient souffrir d'un dysfonctionnement sexuel lorsqu'ils étaient interrogés directement sur le sujet (6). La réticence du patient à exprimer ces plaintes à caractère sexuel s'explique par la difficulté d'aborder un sujet aussi personnel. En consultation, la question doit être abordée ouvertement en tentant de surmonter les barrières que constituent les sentiments de gêne ou de honte souvent affichés par les patients.

L'évaluation de la dysfonction sexuelle doit inclure les éléments suivants :

- 1) l'histoire sexuelle et l'évaluation du fonctionnement sexuel actuel;
- 2) une anamnèse médicale et psychiatrique précise;
- 3) une identification des substances susceptibles d'être à l'origine d'un dysfonctionnement sexuel (médicaments, alcool, tabac, drogues);
- 4) une évaluation des paramètres biologiques comme la testostérone libre et totale, les tests de la fonction thyroïdienne, l'hémoglobine A1C , le niveau de prolactine; et chez les femmes, l'estadiol, FSH et LH; et (5) un examen physique (neurologique, urologique et gynécologique).

#### **TROUBLES SEXUELS INDUITS PAR LES ANTIDÉPRESSEURS**

L'estimation appropriée du fonctionnement sexuel commence par la compréhension des phases de réponse sexuelle. Dans le DSM-IV, les phases de la réponse sexuelle comprennent: le désir, la phase d'excitation sexuelle (érection, lubrification), l'orgasme et la résolution. La satisfaction doit également être prise en compte dans l'évaluation.

Plusieurs types de problèmes sexuels peuvent être associés à la dépression et à son traitement

(Tableau II). On retrouve un effet sur le désir, l'excitation et l'orgasme. Une diminution de la libido est un symptôme fréquent de la dépression. Les troubles de l'excitabilité peuvent comprendre l'inhibition de l'excitation, la diminution de la sensation génitale, une dysfonction érectile chez l'homme, ou l'incapacité de maintenir la lubrification chez la femme. Un retard d'éjaculation est également très fréquent avec les antidépresseurs, surtout avec les ISRS (7). Certains sont d'ailleurs parfois utilisés comme traitement de choix des problèmes d'éjaculation précoce.

Les dépressions sévères s'accompagnent d'une augmentation du cortisol qui inhibe la sécrétion de testostérone par le testicule. Chez l'homme, la dépression, et surtout les états dysthymiques (qui constituent une forme de dépression chronique), peuvent s'accompagner d'une baisse de la déhydroépiandrostérone (DHEA) et de la testostérone (jusqu'à 7 et 10 mmol/l pour des valeurs normales situées entre 8 et 28 mmol/l) (8). Par ailleurs, l'hypogonadisme (testostérone < 7 mmol/l) peut se manifester par une baisse de l'élan vital, de la libido, une fatigue et des troubles érectiles.

Chez la femme, la dépression peut entraîner une aménorrhée, en particulier lors d'amaigrissement, associé à un hypoestrogénisme, une baisse de la libido et une anorgasmie. Cependant, à part un discret hypoestrogénisme en phase folliculaire, d'autres études n'ont pas montré de dysfonction hormonale, ni de diminution de la pulsatilité de la LH chez les déprimées.

#### DYSFONCTION SEXUELLE EN FONCTION DU TYPE D'ANTIDÉPRESSEUR

Un dysfonctionnement sexuel a été rapporté pour la majorité des antidépresseurs, mais certains produits induisent moins de troubles sexuels que d'autres (Tableau III) (9).

Les antidépresseurs tricycliques (TCA) agissent principalement par inhibition de la recapture présynaptique des monoamines, avec principalement des effets sur la sérotonine (5-HT) et la noradrénaline (NA), et dans une moindre mesure sur la dopamine (DA). Ils ont également des effets bloquants alpha-1-adrénergiques et histaminiques (H1), anti-cholinergiques (Ach M1), centraux et périphériques à l'origine de nombreux effets indésirables. Les tricycliques induisent surtout une diminution de l'excitation sexuelle, mais une baisse du désir, une anorgasmie, un retard d'éjaculation ou une éjaculation douloureuse ont également été décrits. Ces effets secondaires peuvent être directs (liés à une action

TABLEAU II. TYPES DE DYSFONCTION SEXUELLE INDUITS PAR LES ANTIDÉPRESSEURS

- Diminution ou perte de libido
- Impuissance, dysfonction érectile
- Priapisme
- Changement de lubrification
- Engorgement clitoral
- Retard ou inhibition de l'éjaculation/orgasme
- Anorgasmie partielle ou complète
- Ejaculation douloureuse, rétrograde
- Dyspareunie et vaginisme
- Anesthésie vaginale ou pénienne
- Réduction de la satisfaction sexuelle

TABLEAU III. ANTIDÉPRESSEURS ASSOCIÉS À UN RISQUE FAIBLE D'EFFETS SECONDAIRES SEXUELS

- Bupropion (Wellbutrin®)
- Mirtazapine (Rémergon®)
- Moclobémide (Aurorix®)
- Reboxétine (Edronax®)
- Trazodone (Trazolan®)
- Mianséristine (Léridon®)
- Duloxétine (Cymbalta®)
- Agomélatine (Valdoxan®)

sur des récepteurs spécifiques) ou indirects (en relation avec une prise de poids, de la sédation, ou une diminution de la lubrification).

Les ISRS sont, en général, associés à des problèmes d'orgasme ou d'éjaculation. Leurs effets secondaires sexuels sont liés à la dose. La paroxétine (Seroxat®) serait à l'origine de plus d'effets négatifs sur la sexualité que les autres ISRS. La fluvoxamine (Floxyfral®) et la sertraline (Serlaine®) seraient, par contre, associés à un risque plus faible. Concernant la sertraline, un blocage de la recapture de la dopamine obtenu à doses élevées pourrait expliquer la faible incidence d'effets secondaires sexuels. L'escitalopram (Sipralexa®) a moins d'effets que les autres sur le désir tout en exerçant un effet négatif significatif sur le reste de la fonction sexuelle.

D'autres antidépresseurs, agissant à la fois sur la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), comme la venlafaxine (Efexor®) et la duloxétine (Cymbalta®) retardent également l'éjaculation. Un meilleur équilibre entre la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline explique vraisemblablement pourquoi la duloxétine induirait moins d'effets secondaires sexuels que la venlafaxine, particulièrement chez la femme (10).

Des antidépresseurs comme la trazodone (Trazolan®), la mirtazapine (Rémergon®), la mianséristine (Léridon®), la reboxétine (Edronax®) ou le bupropion (Wellbutrin®) entraînent beau-

coup moins d'effets secondaires sexuels, voire pas du tout.

La trazodone est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et un antagoniste des récepteurs 5-HT2a et 5-HT2c. Il induit très peu d'effets secondaires sexuels, mais peut parfois être à l'origine d'un problème rare de priapisme.

La mirtazapine antagonise les récepteurs  $\alpha$ 2-adrénergiques et facilite la neurotransmission sérotoninergique et noradrénergique. Elle possède aussi des propriétés bloquantes des récepteurs 5-HT2 réduisant le potentiel de dysfonction sexuelle, d'anorgasmie en particulier. Elle bloque enfin les récepteurs 5-HT3, une action susceptible de favoriser l'orgasme. Cependant, l'effet sur le système noradrénergique peut être à l'origine de troubles de l'érection (11). Les antidépresseurs sans effet sérotoninergique, comme la réboxetine et le bupropion entraînent très peu d'effets sexuels indésirables. La réboxetine est un bloqueur sélectif de la recapture de la noradrénaline. Le bupropion, par ses propriétés dopaminergiques et noradrénergiques, a même tendance à améliorer la fonction sexuelle.

Une absence de dysfonction sexuelle nette, par apport au placebo, a été démontrée pour un inhibiteur sélectif et réversible de la monoamine oxydase A (IMAO), le moclobémide (Aurorix<sup>®</sup>), tandis que l'imipramine (Tofranil<sup>®</sup>) et la phénelzine (Nardelzine<sup>®</sup>), les plus anciens IMAO non-sélectifs et irréversibles retardent l'orgasme. Le pramipexole (Mirapexin<sup>®</sup>) (agoniste dopaminergique) et la sélégiline (Eldépryl<sup>®</sup>) (IMAO B), utilisés par certains cliniciens en cas de dépression dans la maladie de Parkinson et de syndromes bipolaires n'induisent pas d'effets secondaires sexuels.

Les stabilisateurs de l'humeur comme le lithium ont un effet négatif sur la sexualité, mais surtout par un mécanisme indirect (hypothyroïdisme, prise de poids, ralentissement de la pensée).

L'agomélatine (Valdoxan<sup>®</sup>), antidépresseur récemment commercialisé en Belgique, agit comme agoniste au niveau des récepteurs mélatoninergiques (MT1 et MT2) et antagoniste des récepteurs serotoninergiques 5-HT2c. Ce nouvel antidépresseur au mécanisme d'action unique n'induit pas de troubles de la fonction sexuelle (12, 13).

## STRATÉGIES DE TRAITEMENT DES EFFETS SECONDAIRES SEXUELS

Plusieurs techniques existent pour limiter l'impact des antidépresseurs sur la fonction sexuelle

(Tableau IV). Cependant, avant d'envisager une option thérapeutique sensée diminuer les effets secondaires sexuels des antidépresseurs, il faut pouvoir distinguer ces effets médicamenteux de troubles sexuels en relation avec l'état dépressif ou liés à un autre facteur étiologique. Des questions importantes doivent être posées comme la satisfaction générale dans la vie sexuelle et la nature des troubles sexuels rapportés par le patient (diminution de désir, problèmes d'érection/lubrification, problèmes pour atteindre l'orgasme, fréquence des rapports sexuels et/ou masturbation).

Chez les patients pour lesquels la fonction sexuelle est importante, le choix du traitement antidépresseur doit se faire en tenant compte du risque d'effets secondaires sexuels. Idéalement, on favorisera les antidépresseurs n'inhibant pas la recapture de la sérotonine. Si une action au niveau sérotoninergique est importante sur le plan thérapeutique, on choisira préférentiellement la duloxétine. Pour les patients souffrant d'effets secondaires sexuels liés à l'antidépresseur prescrit, un changement de médication peut être envisagé, mais avec prudence. Le nouvel antidépresseur ne permettra pas automatiquement de maintenir l'efficacité. En outre, le passage trop rapide à un autre antidépresseur peut favoriser l'apparition, soit d'un syndrome de discontinuation, soit d'un syndrome sérotoninergique.

### 1. ATTENDRE UNE ADAPTATION AUX EFFETS SECONDAIRES DE LA MÉDICATION

Une amélioration de l'humeur peut être associée à une vie sexuelle plus satisfaisante.

TABLEAU IV. STRATÉGIES DE TRAITEMENT DES EFFETS SECONDAIRES SEXUELS.

- Attente d'une adaptation aux effets secondaires de la médication
- Réduction de la dose
- Planification de l'activité sexuelle avant la prise journalière d'antidépresseur
- Arrêt temporaire de la médication («Drug holidays»)
- Changement d'antidépresseur
- Traitements correcteurs : bloquer l'activité sérotoninergique\* ou augmenter l'activité dopaminergique\*\*, moduler l'activité des récepteurs  $\alpha$ -adrénergiques\*\*\*, moduler l'activité des récepteurs cholinergiques\*\*\*\*, inhiber la 5-phosphodiesterase PDE-5 \*\*\*\*\*

\* Agents antagonistes des récepteurs 5-HT2/5HT3 – cyproheptadine, mirtazapine, granisetron; \*\* Agents qui modulent directement l'activité du système dopaminergique : amantadine, bupropion, stimulants centraux comme le méthylphénidate (Rilatine<sup>®</sup>, Rilatine MR<sup>®</sup>, Concerta<sup>®</sup>), pramipexole; \*\*\* Agents modulateurs de récepteurs  $\alpha$ -adrénergiques : trazodone, yohimbine; \*\*\*\* Agents modulateurs des récepteurs cholinergiques : bêthanéchol; \*\*\*\*\* Inhibiteurs de phosphodiesterase : tadalafil (Cialis<sup>®</sup>), sildénafil (Viagra<sup>®</sup>), vardénafil (Levitra<sup>®</sup>)

Cependant, cette approche est rarement utilisée, très peu de patients développant une tolérance aux effets secondaires sexuels (10%). En outre, cette tolérance apparaît généralement longtemps après l'instauration du traitement antidépresseur. En fait, cette stratégie peut être envisagée pour les patients avec une activité sexuelle faible ; elle n'a aucun effet en cas d'anorgasmie induite par les antidépresseurs tricycliques.

## 2. RÉDUCTION DE LA DOSE

Cette approche n'est pratiquement jamais utilisée. Le problème principal est de trouver la dose qui permette une réduction des effets secondaires sexuels sans favoriser la réapparition des symptômes dépressifs. En général, l'atténuation des troubles sexuels coïncide avec la réapparition de symptômes dépressifs.

## 3. PLANIFICATION DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE AVANT LA PRISE JOURNALIÈRE D'ANTIDÉPRESSEUR

Une programmation de l'activité sexuelle avant la prise journalière d'antidépresseur (càd., administrer la dose entière journalière juste après l'activité sexuelle (p.e. souvent juste avant d'aller dormir) a été proposée par certains cliniciens. Cette stratégie peut être utile, mais uniquement avec les antidépresseurs à courte demi-vie.

## 4. ARRÊT TEMPORAIRE DE LA MÉDICATION («DRUG HOLIDAYS»)

On peut diminuer la dose d'antidépresseur ou arrêter le traitement pendant une période de quelques jours (p.e. du vendredi soir au dimanche matin) et envisager l'activité sexuelle à la fin de cette période. Ces «drug holidays» peuvent être efficaces pour les médicaments à courte de demi-vie (p.e. paroxétine, sertraline), mais restent totalement sans effet pour des produits à longue demi-vie comme la fluoxétine. En pratique, cette approche est à déconseiller, car elle peut être associée avec l'apparition de symptômes de «sevrage» avec des antidépresseurs comme la venlafaxine, la paroxétine ou la duloxétine et favoriser la non-observance thérapeutique.

## 5. CHANGEMENT D'ANTIDÉPRESSEUR

On peut notamment remplacer un ISRS par de la mirtazapine ou du bupropion, deux antidépresseurs induisant peu d'effets négatifs sur la fonction sexuelle. Cette stratégie pourrait sembler relativement idéale. Malheureusement, le changement de médication ne permet pas forcément de maintenir l'effet thérapeutique et risque, en outre, d'être associé à d'autres effets

secondaires difficilement acceptables pour le patient (p. ex. une prise de poids). La nouvelle médication n'aura pas non plus toujours un effet suffisant sur les pathologies comorbidies comme les troubles anxieux. Une alternative intéressante serait de favoriser le passage d'un ISRS à la duloxétine, antidépresseur agissant à la fois sur la dépression et l'anxiété, et responsable de beaucoup moins d'effets négatifs sur la fonction sexuelle.

## 6. TRAITEMENTS CORRECTEURS

L'addition d'un traitement correcteur est sans doute la stratégie la plus utilisée en pratique clinique. Différents types d'antidotes ont été proposés pour limiter les effets secondaires sexuels des antidépresseurs (Tableau V). Dans l'ensemble, ces différentes options n'ont été que très peu validées par des études scientifiques sérieuses (14, 15, 16).

Actuellement, seuls le bupropion, la buspirone et certains inhibiteurs de la PDE-5 (sildénafil, tadalafil) ont démontré leur intérêt dans le traitement des effets secondaires sexuels induits

TABLEAU V. TRAITEMENTS CORRECTEURS

- Cyproheptadine (Périactin®)\* : doses entre 2 et 16 mg 1-2h avant la relation ou de manière régulière – utile sur l'anorgasmie;
- Bupropion <sup>eb</sup> (Zyban®, Wellbutrin®) : doses entre 300-450 mg/j (sur tout avec les ISRS) – utile en cas de troubles du désir, de l'excitation et d'anorgasmie;
- Buspironne <sup>eb</sup> (Buspar®) : doses de 60 mg/j – utile en cas de baisse du désir et d'anorgasmie • Béthanéchol (Myocholine®) : doses entre 10-50 mg 1-2h avant la relation – utilisé en cas de trouble de l'excitation ou d'anorgasmie;
- Amantadine (Amantan®) : 100-600 mg/j en prise unique ou prises multiples – utile en cas d'anorgasmie, de perte de libido ou de trouble de l'excitation;
- Stimulants\*\* : méthylphénidate : doses entre 5 et 20 mg /j – utile en cas de trouble du désir, de l'excitation ou d'anorgasmie;
- Mirtazapine : doses entre 15-45mg/j – utile en cas d'anorgasmie;
- Yohimbine\*\*\* : doses entre 5 et 10 mg 1-2h avant l'acte sexuel, ou 5mg/j – utile en cas de trouble du désir, de l'excitation et d'anorgasmie;
- Ginko biloba\*\*\*\*: doses entre 60-120mg 2x/j;
- Maca : racine tubéreuse (montagnes du Pérou), peu de données scientifiques, à éviter en cas d'antécédents de cancer hormono-dépendant (prostate, sein);
- Sildénafil <sup>eb</sup> (Viagra®) : doses entre 50-100mg environ 1 heure avant la relation – efficace en cas du trouble du désir ou de l'excitation, de dysfonction érectile, et d'orgasme retardé;
- Tadalafil <sup>eb</sup> (Cialis®) : doses 10-20 mg utilisé en cas de dysfonction érectile
- Vardénafil (Levitra®);
- DHEA (surtout chez la femme);

\* Cyproheptadine : peut induire sédation, fatigue ou symptômes dépressifs <sup>eb</sup> - evidence based; \*\* Stimulants : précautions habituelles : potentiel d'abus, éviter la prise tardive dans la journée (pour éviter le risque d'insomnie), effets cardio-vasculaires, possibilité d'altération de l'érection à hautes doses; \*\*\* Yohimbine : peut induire anxiété, agitation particulièrement dans les troubles paniques; \*\*\*\* Ginkgo biloba : prudence chez les patients prenant des anti-coagulants.

par ISRS dans des études en double - aveugle portant sur des échantillons assez importants de patients (17).

## CONCLUSION

Pendant longtemps, on s'est très peu intéressé à la sexualité du patient psychiatrique et les effets secondaires sexuels des psychotropes ont été considérés comme un problème mineur. Aujourd'hui, cette tendance à la banalisation du problème est heureusement révolue. Le traitement des troubles sexuels induits par les antidépresseurs est un problème important qui commence à être l'objet d'investigations sérieuses. Cependant, dans la pratique clinique, la sexualité reste un sujet difficile à aborder tant au niveau du patient que du médecin. Mais, c'est surtout ce dernier qui porte la responsabilité dans l'éludation de la question en consultation. Les effets secondaires sexuels des antidépresseurs ont un impact majeur sur la qualité de vie et sur l'observance thérapeutique, facteur de risque important de rechute et de récidive dans la dépression majeure. Dans ce contexte, la prescription d'un antidépresseur doit systématiquement être associée à une communication sur le risque d'effets secondaires sexuels et sur les moyens disponibles pour les gérer.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Rothschild AJ.— Sexual Dysfunction Associated with Depression. *J Clin Psychiatry*, 2001, **62** (suppl 3).
2. Spector IP, Carey MP.— Incidence and prevalence of the sexual dysfunction : a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav*, 1990, **19**, 389-408.
3. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ.— The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) : development, Reliability, and Validity. *Psychopharm Bull*, 1997, **4**, 731-745.
4. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al.— The Arizona sexual experience scale (ASEX) : validity and reliability. *J Sex Marital Ther*, 2000, **26**, 25-40.
5. Casper RC, Redmond E, Katz MM, Schaffer CB.— Somatic symptoms in primary affective disorders: presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1985, **42**, 1098-1104.
6. Montejo-Gonzalez AL, Llorca G, Isquierdo JA, et al.— SSRI-induced sexual-dysfunction : fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther*, 1997, **23**, 176-194.
7. Clayton AH.— Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *J Clin Psychiatry*, 2001, **62** (suppl. 3).
8. Martin-Du PR.— Impuissance et baisse de la libido: hypogonadisme, andropause ou dépression? *Med Hyg*, 2004, **62**, 602-607.
9. Segraves RT, Balon R.— Sexual Pharmacology- Fast Facts, W.W.Norton Company, New York, London 2003, 45-72.
10. Bymaster FP, Dreshfield-Ahmad LJ, Threlkeld PG, et al.— Comparative affinity of duloxetine and venlafaxine for serotonin and norepinephrine transporters *in vitro* and *in vivo*, human serotonin receptor subtypes, and other neuronal receptors. *Neuropsychopharmacology*, 2001, **25**, 871-880.
11. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al.— Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents : a prospective multicenter study of 1022 outpatients, Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*, 2001, **62**, 10-21.
12. Kennedy SH.— Treating each and every depressed patient. *J Psychopharmacology*, 2008, **22**, (Suppl 7), 19-23.
13. Kennedy SH.— Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacology*, 2009, **29**, 157-164.
14. Zajecka JM.— Augmentation strategies to increase antidepressant tolerability. *J Clin Psychiatry*, 2007, **68** (Suppl 10).
15. Taylor M.J. Rudkin L. Hawton K.— Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction. Systematic review of randomized controlled trials. *J Affect Dis*, 2005, **88**, 241-254.
16. Martin-Du Pan R., Baumann P.— Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements. *Rev Med Suisse*, 2008, **4**, 758-762.
17. Segraves RT.— Sexual Dysfunction Associated with antidepressant Therapy. *Urol Clin North Am*, 2007, **34**, 575-579.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr W. Pitchot, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.