



Sexualité et cirrhose

Pr Marika RUDLER

Samedi 21 mars 2026

Objectifs pédagogiques

Connaître les mécanismes physiopathologiques conduisant à une dysfonction sexuelle

Savoir évoquer et évaluer la qualité de vie sexuelle

Connaître les effets sur la sexualité des traitements dans la prise en charge de la cirrhose

Connaître la prise en charge en cas d'altération de la qualité de vie sexuelle

Conflits d'intérêt

Gore, Gilead: oratrice

Gilead, Abbvie: invitations congrès

JFHOD JFHOD.COM

**19-22
MARS
-2026-**


PALAIS DES
CONGRÈS DE
PARIS



*L'intelligence
artificielle*

Pays invité
LA ROUMANIE



Définition

Dysfonction sexuelle

- Chez l'homme
 - Baisse de la libido
 - **Dysfonction érectile**
 - Féminisation
- Chez la femme
 - Dyspareunie
 - Anorgasmie
 - Baisse de libido
 - (Anovulation)
 - (Aménorrhée)

66 à 85% au cours de la
cirrhose (hommes)
Aucun chiffre chez la
femme

JFHOD JFHOD.COM

**19-22
MARS
-2026-**


**PALAIS DES
CONGRÈS DE
PARIS**



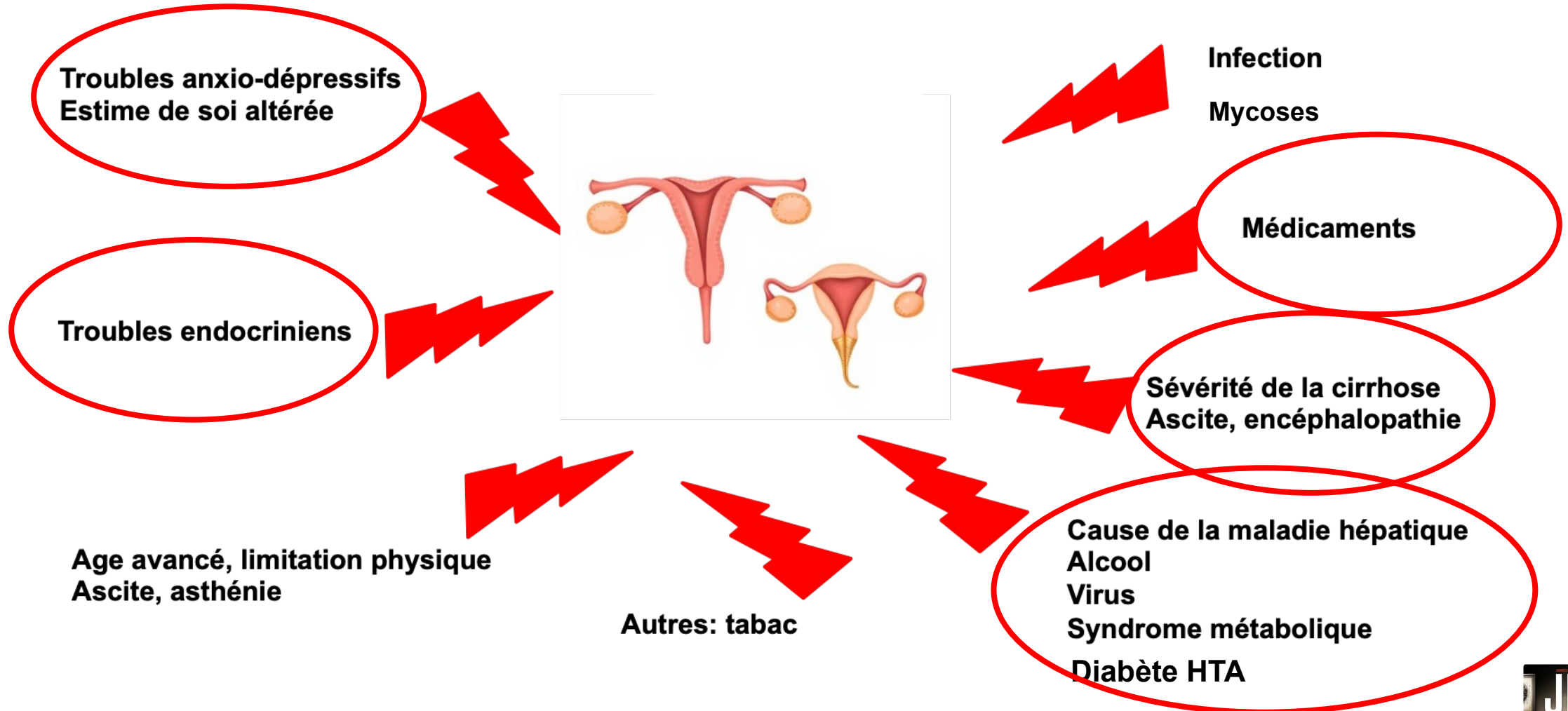
*L'intelligence
artificielle*

Pays invité
LA ROUMANIE

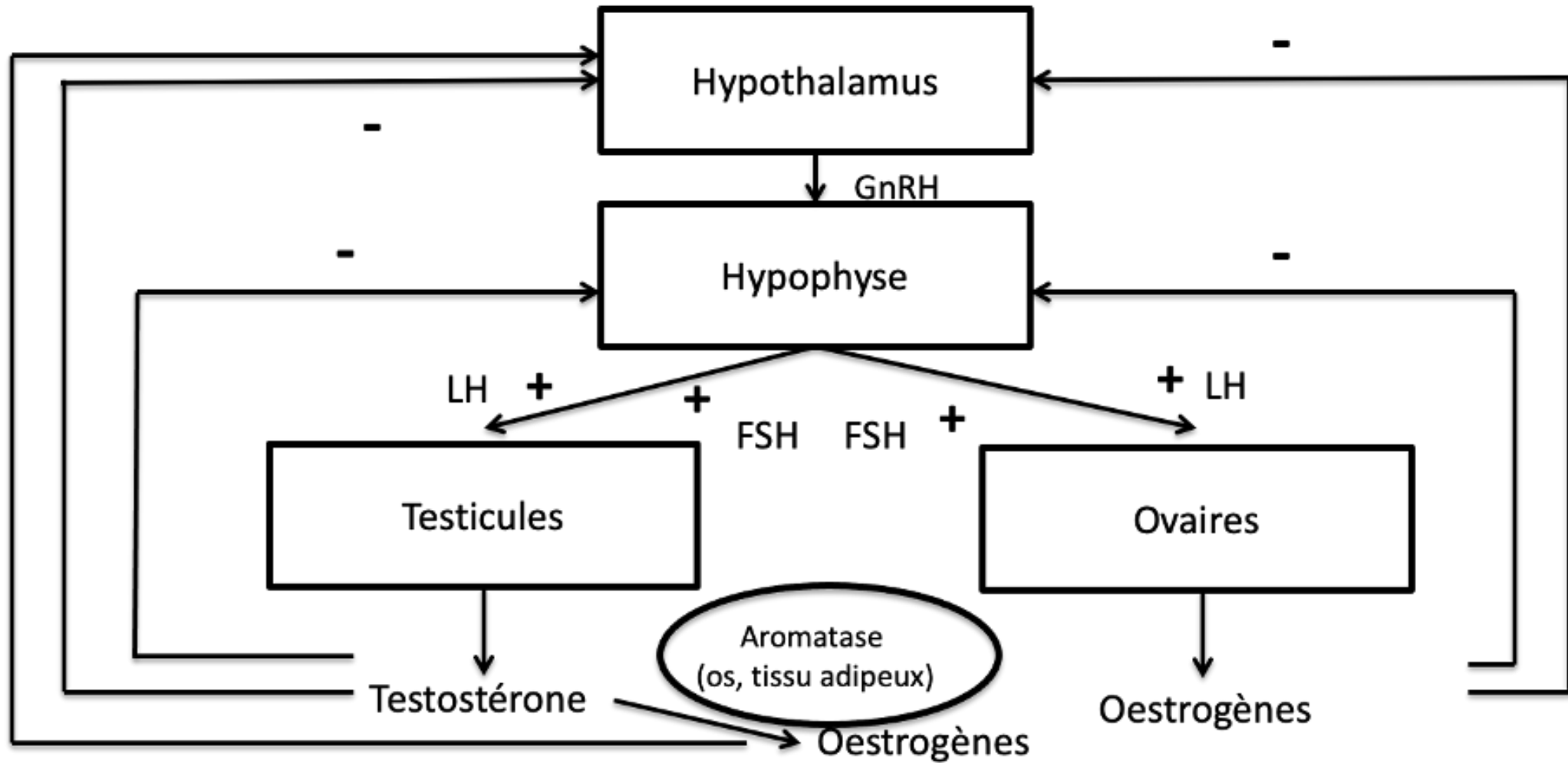


Physiopathologie

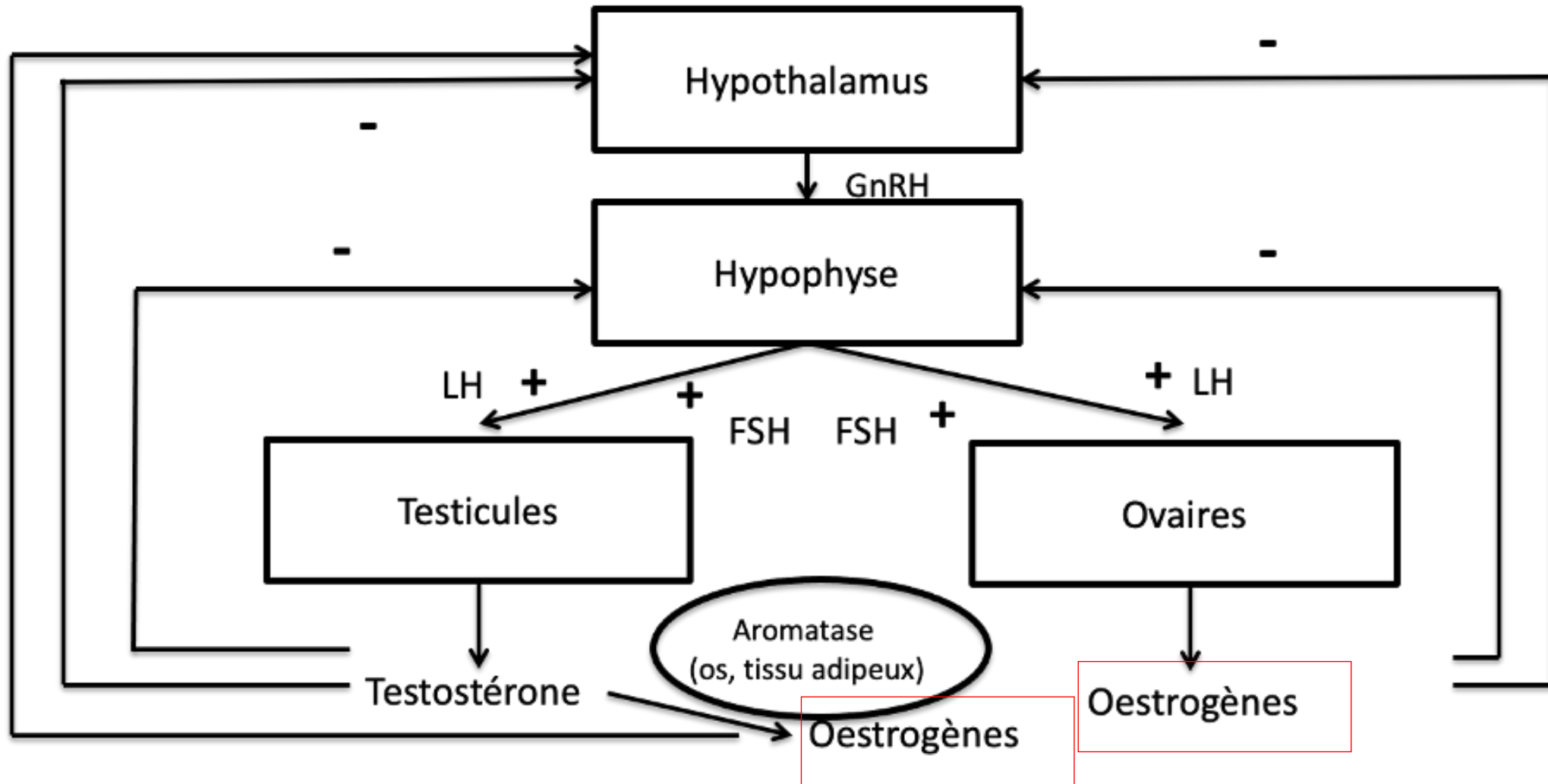
Physiopathologie au cours de la cirrhose



Fonctionnement normal de l'axe hypothalamo-hypophysaire



Dysfonction endocrinienne au cours de la cirrhose



Dysfonction endocrinienne au cours de la cirrhose

Etude du profil hormonal chez 52 patients avec cirrhose

Afin de comprendre s'il existe un dysfonctionnement de l'axe H-H

Table 4 Basal and stimulated gonadotropin levels, sex hormone-binding globulin (SHBG) and sex hormones in cirrhotics and controls. Data given as mean \pm SEM

	Controls (n = 50)	CPA cirrhotics (n = 26)	CPB cirrhotics (n = 16)	CPC cirrhotics (n = 10)	P value** (n = 52)
LH, basal (IU/l)	6.5 \pm 1.5	9.3 \pm 0.9 ^c	19.6 \pm 7.9 ^c	4.0 \pm 1.1	0.006
Δ LH* (IU/l)	20.9 \pm 3.1	29.4 \pm 3.1 ^b	19.6 \pm 2.3	8.7 \pm 3.1	0.001
FSH, basal (IU/l)	5.6 \pm 0.5	9.1 \pm 1.4 ^a	10.2 \pm 2.0	5.5 \pm 1.8	0.211
Δ FSH* (IU/l)	3.1 \pm 0.5	4.3 \pm 0.8	2.1 \pm 0.3	2.0 \pm 0.7	0.017
Testosterone, free (pmol/l)	1.5 \pm 0.17	1.2 \pm 0.10	0.7 \pm 0.12 ^c	0.2 \pm 0.04 ^c	< 0.001
Oestradiol (pmol/l)	262.2 \pm 83.6	288.1 \pm 27.6 ^a	379.4 \pm 42.2 ^c	447.0 \pm 104.7 ^b	0.131
SHBG (nmol/l)	26.8 \pm 8.4	79.9 \pm 5.4 ^b	117.0 \pm 46.8 ^b	45.2 \pm 6.2	0.005

Augmentation LH et FSH chez CPA et CPB=Hypogonadisme

FSH et LH anormalement normales chez les CPC: atteinte centrale combinée

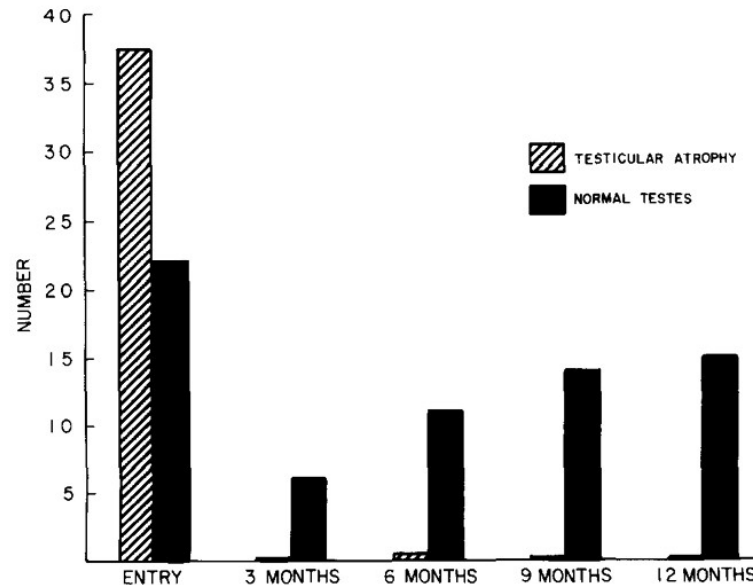
Testostéronémie basse

Agent causal: alcool

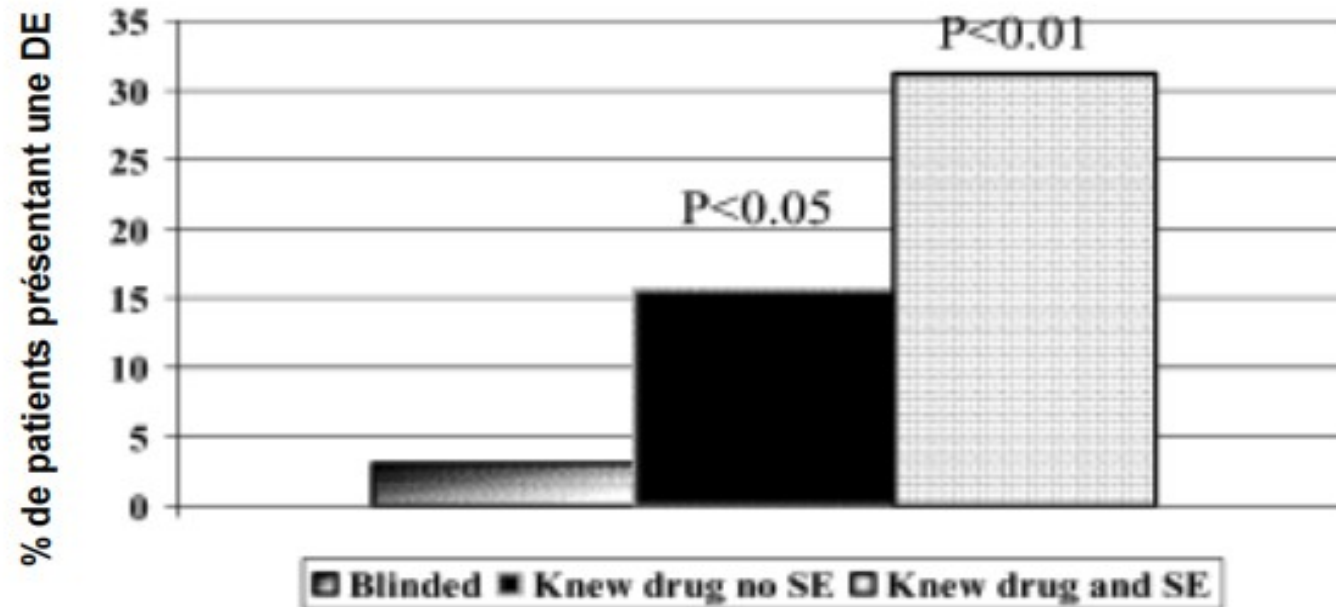
- Chez l'homme et la femme
 - Baisse de la libido
- Chez l'homme:
 - Toxicité testiculaire directe de l'alcool

Table 1. Characteristics of the 60 Men Studied

	No.	Percent
Age = 36 ± 4 yr ^a		
Liver histology		
cirrhosis	11	(18%)
portal fibrosis	24	(40%)
nonspecific changes	12	(20%)
normal	13	(22%)
Testicular atrophy ^b		
present	38	(63%)
absent	22	(37%)
Years of alcohol abuse		
= 12 ± 2 yr ^a		
Period of abstinence before entry		
= 5.3 ± 0.1 mo ^a		
Marital status ^c	33	(55%)



Médicaments: Bêta-bloquants (et effet nocebo)



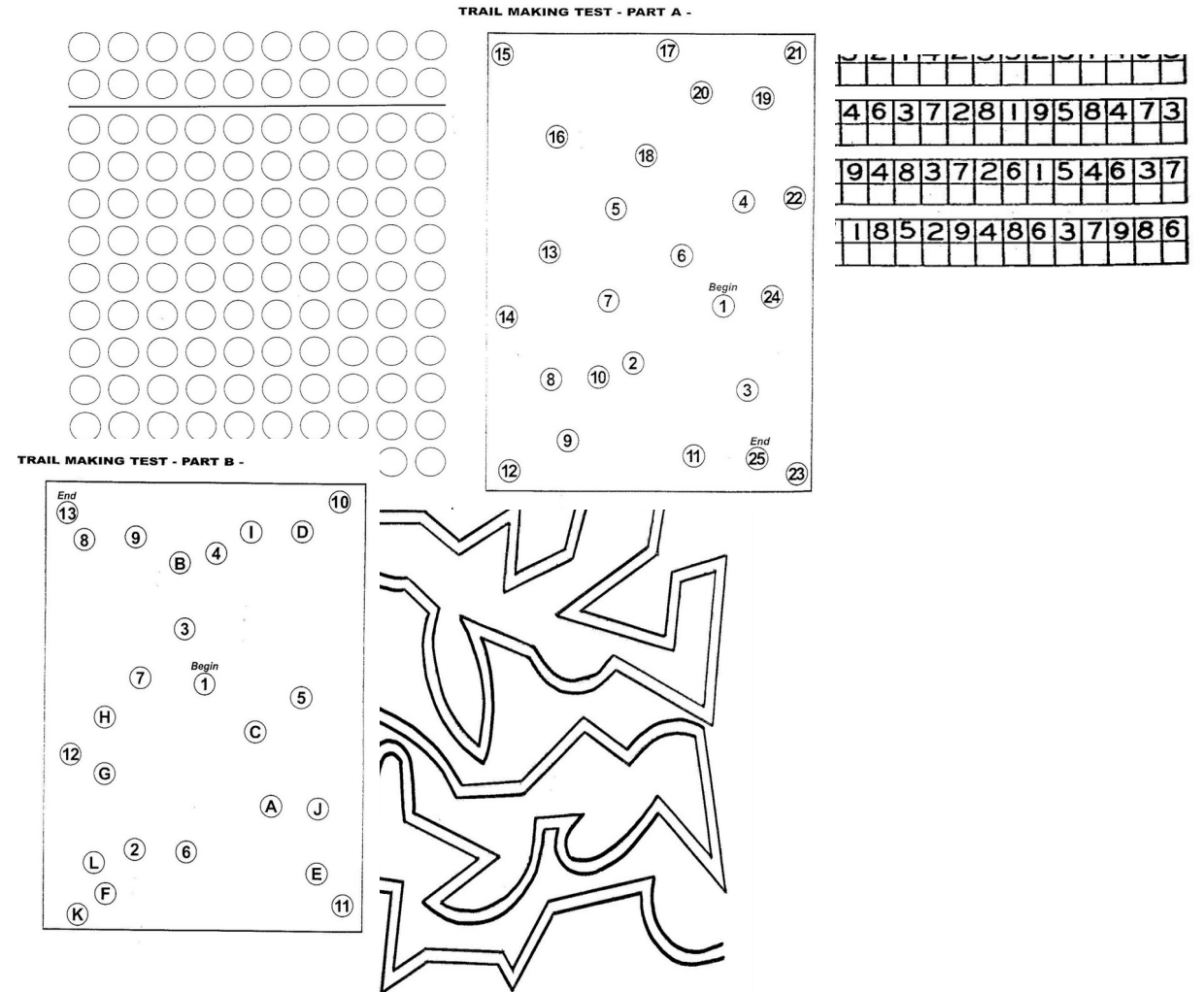
EH minime?

87 patients consécutifs cirrhose
de toutes causes

Pas d'EH clinique

Tous les scores de Child-Pugh

Ambulatoires, H, préTH



Evaluation	Cohorte entière (87)	DE (74)	Pas de DE (13)	p
EHM selon PHES	25 (33%)	23 (30%)	2 (3%)	0.14
EHM selon CFF	28 (44%)	24 (37%)	4 (6%)	0.60
CFF	40 [39-41]	40 [39-42]	43 [39-48]	0.08
NCT-A	48 [42-54]	50 [42-60]	39 [30-52]	0.02
NCT-B	129 [105-132]	142 [108-155]	83 [50-146]	0.007
DST	30 [25-33]	28 [22-32]	37 [28-47]	0.05
SDT	70 [62-80]	72 [64-84]	56 [40-88]	0.07
LTT	118 [105-132]	123 [106-138]	102 [74-122]	0.02
Total PHES	-3 [-4 à -2]	-3 [-4 à -2-]	0 [-4 à 1]	0.02

JFHOD JFHOD.COM

**19-22
MARS
-2026-**


**PALAIS DES
CONGRÈS DE
PARIS**



*L'intelligence
artificielle*

Pays invité
LA ROUMANIE



Evaluation

IIEF5 (International Index for Erectile Dysfunction)

- 5 questions
- Résultats notés de 0 à 5 ou de 1 à 5
- Score $N \geq 21$
- D'autant plus bas que la DE est importante

Au cours des six derniers mois :

I. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1. Pas sûr du tout
2. Pas très sûr
3. Moyennement sûr
4. Sûr
5. Très sûr

Tableau 2 : Female Sexual Function Index (FSFI)

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

5. Presque toujours ou toujours
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
3. Parfois
2. Rarement
1. Presque jamais ou jamais

Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

5. Très élevé
4. Elevé
3. Moyen
2. Faible
1. Très faible ou inexistant

Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel?

0. Aucune activité sexuelle
5. Presque toujours ou toujours
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
3. Parfois
2. Rarement
1. Presque jamais ou jamais

Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel?

0. Aucune activité sexuelle
5. Très élevé
4. Élevé
3. Moyen
2. Faible
1. Très faible ou inexistant

Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0. Aucune activité sexuelle
5. Extrêmement sûre
4. Sûre
3. Moyennement sûre
2. Peu sûre
1. Très peu sûre ou pas sûre du tout

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre niveau (degré) d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0. Aucune activité sexuelle
5. Presque toujours ou toujours
4. La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
3. Parfois
2. Rarement

Validé dans des populations de pts gynéco
DS<23

Prise en charge de la dysfonction sexuelle

Objectiver la DS
(DE?)



Identifier la cause
et les facteurs
favorisants



Traiter



Evaluer efficacité
traitement

Et expliquer!

Traitement de la DE: Inhibiteurs de la PDE5

Molécule	Population générale	Child A ou B	Child C
Sildénafil (Viagra®)	50 mg-100mg avant	25 mg	Non
Tadalafil (Cialis®)	20 mg avant ou 5 mg/j	10 mg	Non
Avanafil (Spedra®)	100-200 mg avant	100 mg	Non
Vardenafil (Levitra®)	10-20 mg avant	5-10 mg	Non
Vardenafil LP	10 mg	Non	Non

Attention
HypoTA

*Deiber APT 2006
Tandon, Clinical Gastro 2010
Clemmensen, World J Gastro 2008
Jagdish, Hepatol Int 2023*

Inhibiteurs de la PDE5 et bêta-bloquants?

“Phospho-diesterase-5 inhibitors may be safely administered to hypertensives, even those on multiple drug regimens and may improve adherence to antihypertensive therapy. Studies on the effects of hypertension and antihypertensive therapy on female sexual dysfunction are in their infancy and should be encouraged.”

Traitement de la DE: testosterone??

ERC
 Testosterone IM
 Composition corporelle
 12 mois trt
 100 pts

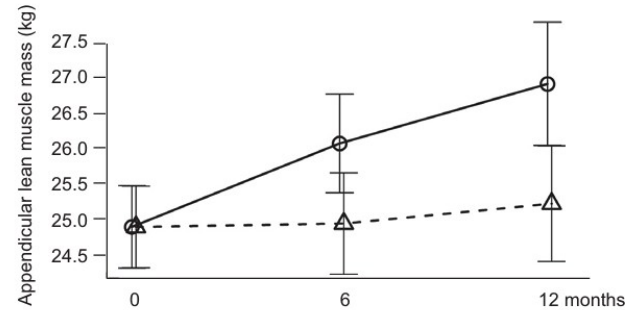


Fig. 1. Mean adjusted difference in appendicular lean mass. Appendicular lean mass progressively increased in the testosterone therapy group, while remaining stable in the placebo group. ○, testosterone therapy; Δ, placebo.

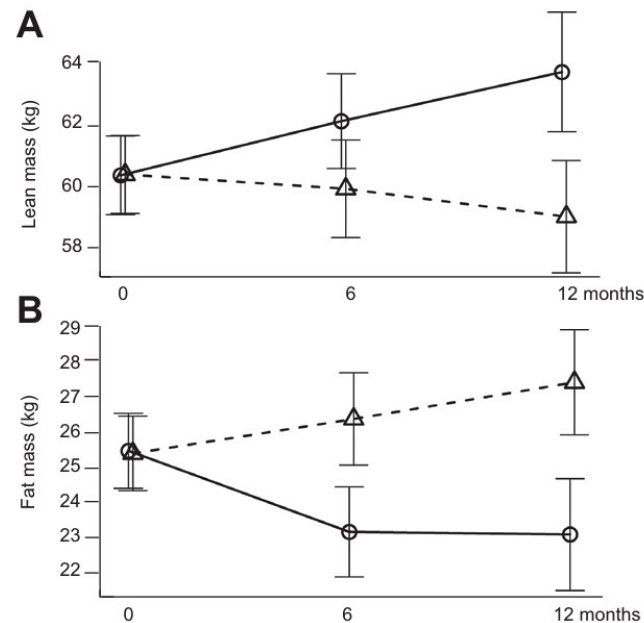
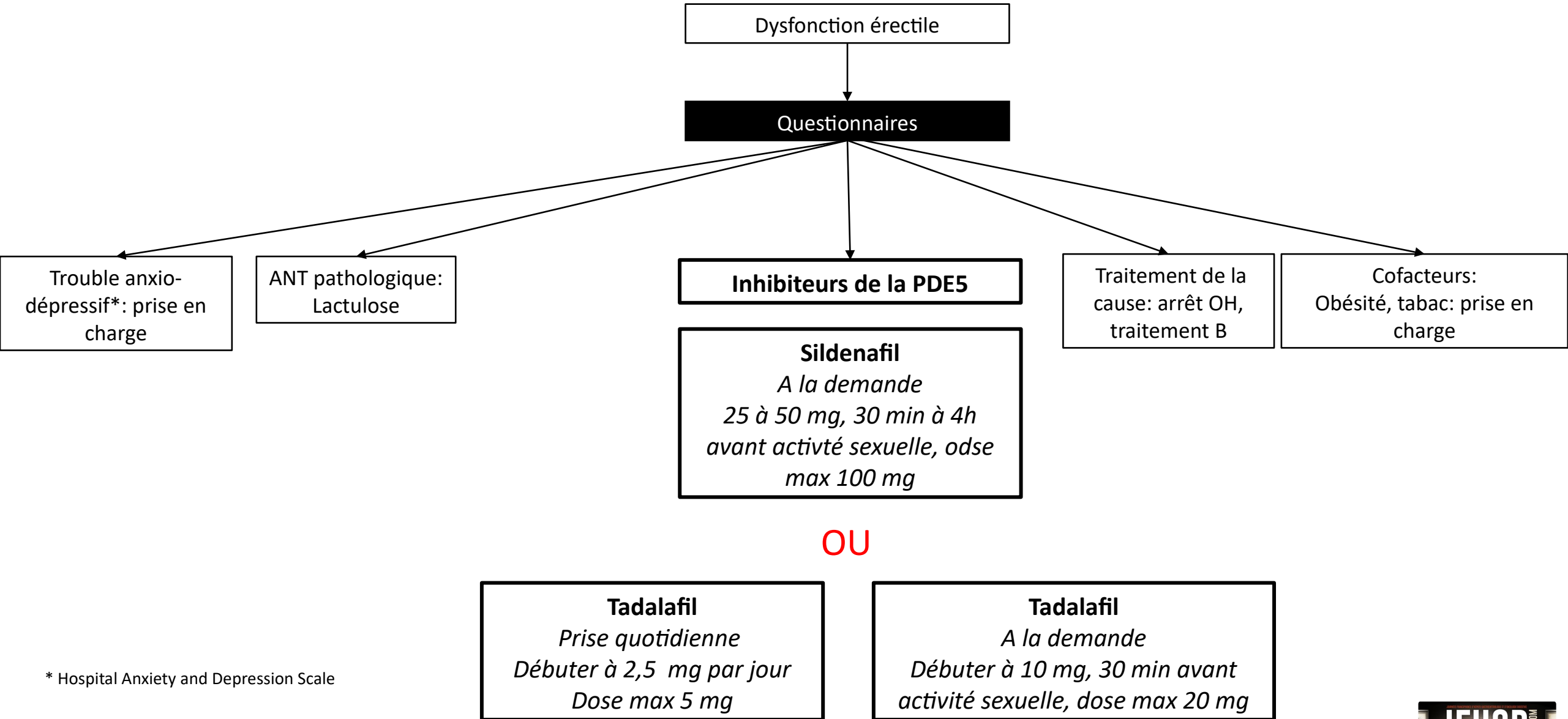


Table 5. Adverse outcomes between the two groups were well matched.

	Testosterone	Placebo	p value
Cardiovascular event	0	0	1
Moderate/severe injection site pain	0	2 (4%)	0.49
Haematoma	0	0	1
Lower urinary tract symptoms	0	1 (2%)	1
Obstructive sleep apnoea	1 (2%)	0	0.47
Hepatocellular carcinoma	3 (6%)	2 (4%)	0.678
New clot	2 (4%)	1 (2%)	0.617
Mortality	8 (16%)	13 (25.5%)	0.352
Transplantation	8 (16%)	7 (13.7%)	0.967
Major infection	8 (16%)	12 (23.5%)	0.696

Pas d'étude testostérone au cours de la cirrhose pour traiter la DE

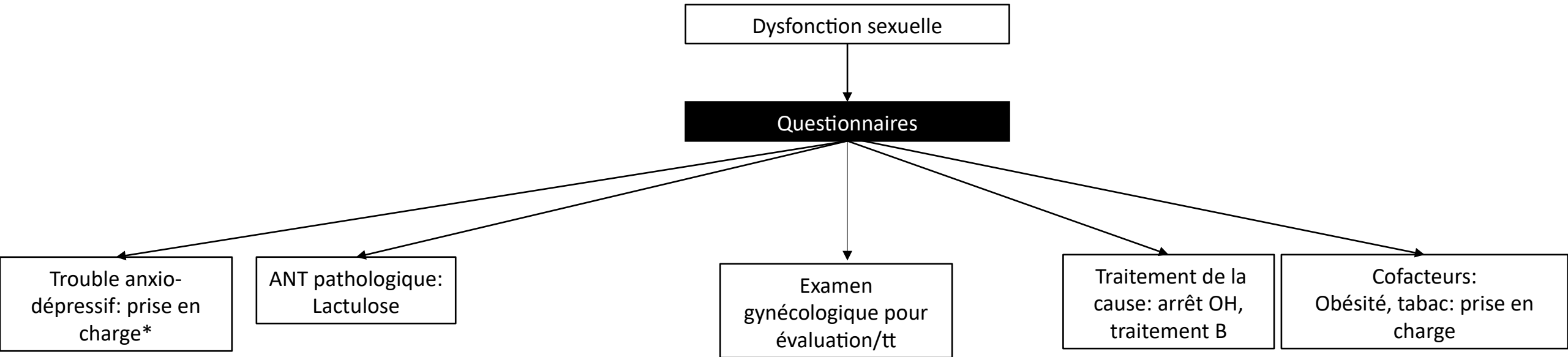
Traitement de la DE (DS) chez les hommes



* Hospital Anxiety and Depression Scale

Si DE + libido basse et testostérone basse, alors discussion testostérone en l'absence de contre-indication

Traitement de la DS chez les femmes



* Hospital Anxiety and Depression Scale

Transplantation hépatique: modèle unique

Auteur, pays	Type étude	Critère jugement	effectif	résultat
Chan, Am J Men's health 2019	Avant et après TH	IIEF5	28	Amélioration profil hormonal mais pas DE
Chien, BMC Urology 2015	Avant et après TH	IIEF5, profil hormonal	58	Amélioration profil hormonal et DE
Chiang, PLoS ONE 2013	Avant et après TH	IIEF5, profil hormonal	41	Amélioration profil hormonal et DE

En pratique, peu de travaux, peu d'effectifs
Travail en cours en France

Conclusion

Trouble très fréquent

Peu évoqué en consultation (4%)

A rechercher+++ et prévoir une approche multidisciplinaire

Auto-questionnaires pour la DE, inhibiteurs PDE5 si CP A et B, testostérone?

Arrêt tabac, (arrêt alcool), perte de poids, exercice physique

Traitement de la cause de la cirrhose

Orientation urologue+++

Traitements chez les patients sous BB: poser la question+++ , rassurer, alternatives thérapeutiques

Tout est à faire chez les femmes

Points forts

- 1 : La dysfonction sexuelle est fréquente chez les patients atteints de cirrhose
- 2 : La prévalence et la physiopathologie de la dysfonction sexuelle n'ont quasiment pas été décrites chez les femmes atteintes de cirrhose
- 3 : L'évaluation de la dysfonction sexuelle se fait essentiellement par utilisation d'auto-questionnaires, et nécessite une recherche systématique de comorbidités et de cofacteurs aggravants
- 4 : Chez l'homme, la dysfonction érectile peut être efficacement traitée par inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5
- 5 : La prise en charge de la dysfonction sexuelle chez la femme reste mal déterminée