



LA LETTRE *du docteur* THIERRY HERTOGHE

Président de l'Association mondiale de médecine anti-âge

N°09

AOÛT • 2013

Le Dr Thierry Hertoghe, 56 ans, consacre sa vie à promouvoir une médecine centrée sur les besoins des patients et basée sur des preuves scientifiques. Il est le fondateur de la Hertoghe Medical School, 7-9, Avenue Van Bever, 1180 Uccle-Bruxelles, en Belgique.

Avec un groupe de médecins à la pointe de la recherche, le Dr Hertoghe travaille non seulement pour éliminer les maladies, mais avant tout pour aider ses patients à atteindre une santé optimale, en retardant et même en essayant d'inverser partiellement le vieillissement. Le Dr Hertoghe partage ces informations avec les autres médecins en donnant des conférences médicales, en organisant des séminaires, à travers des livres, des articles, des enregistrements, des vidéos, ainsi qu'en passant à la radio et à la télévision.

La Lettre du docteur Thierry Hertoghe
Président de l'Association mondiale de
médecine anti-âge

Santé Nature Innovation

Dossier 09

Directeur de la publication :

Vincent Laarman

Rédaction : Dr Thierry Hertoghe

Conseil Rédactionnel :

Jean-Marc Dupuis

Mise en page : Isabelle Pillet

NPSN Santé SARL

Adresse: rue Faucigny 5,

1700 Fribourg – Suisse

Régistre journalier N° 2044 du 27/4/2012

CHF 217.3.550.036-3

Capital social 20.000 CHF

Abonnements : pour toute question
concernant votre abonnement, appeler
Sophie au 01 58 83 50 73 ou écrire à

abonnement@santenatureinnovation.com

SEXUELLEMENT ÉPANOUÍ ?

La sexualité de l'homme sans tabou, mais avec amour

Un manque de libido et une dysfonction érectile sont parmi les plaintes fréquentes chez les hommes qui viennent me consulter pour la première fois. Notre corps est conçu pour le plaisir. Il est faux de croire que l'on est là surtout pour souffrir, notamment sexuellement, quand les faits montrent que la souffrance peut être évitée, qu'elle est inutile. Nous avons besoin que les douleurs de la vie soient contrebalancées par une dose suffisante de plaisir. Éprouver régulièrement du plaisir, sous toutes ses formes, est un droit inaliénable de tout être humain. Or, dans la vie, l'un des plus grands plaisirs est le plaisir sexuel.

Je vous parlerai prochainement de la sexualité féminine. Dans cette Lettre, permettez-moi de vous parler de celle des hommes. Un homme avec une sexualité peu aisée et sans érections satisfaisantes aura souvent le sentiment de ne pas être un vrai homme. Quand un patient se plaint de sa fonction érectile, le médecin doit être conscient qu'il s'agit d'une urgence médicale, un problème auquel le patient ne cesse de penser anxieusement. Tant que le médecin ne l'aide pas à améliorer sa sexualité, le problème persiste et s'aggrave. C'est une véritable souffrance intérieure que sa femme ou partenaire doit comprendre afin de pouvoir lui venir en aide. Tout dans la société renforce la croyance, bien ancrée, qu'un homme doit être viril, un mâle « qui assure au lit ». Même dans la plus progressiste des sociétés, la distinction entre les hommes et les femmes est considérable dans bien des domaines : la manière de s'habiller, les rôles au travail et le statut social, mais cela inclut également de grandes différences quant à la perception de la sexualité. Dans

Mise en garde : les informations de cette lettre d'information sont publiées à titre purement informatif et ne peuvent être considérées comme des conseils médicaux personnalisés. Ceci n'est pas une ordonnance. Il existe des contre indications possibles pour les produits cités. Aucun traitement ne devrait être entrepris en se basant uniquement sur le contenu de cette lettre, et il est fortement recommandé au lecteur de consulter des professionnels de santé dûment accrédités auprès des autorités sanitaires pour toute question relative à leur santé et leur bien-être. L'éditeur n'est pas un fournisseur de soins médicaux homologués. L'éditeur de cette lettre d'information s'interdit formellement d'entrer dans une relation de praticien de santé vis-à-vis de malades avec ses lecteurs. Les Nouvelles Publications de la Santé Naturelle ne sont pas responsables de l'exactitude, de la fiabilité, de l'efficacité, ni de l'utilisation correcte des informations que vous recevez par le biais de nos publications, ni des problèmes de santé qui peuvent résulter de programmes de formation, de produits ou événements dont vous pouvez avoir connaissance à travers elles. L'éditeur n'est pas responsable des erreurs ou omissions.

cette optique, un homme doit être viril et sexuellement performant pour garder son statut d'homme.

Cependant, la réalité est bien différente. Une grande partie de la population masculine souffre de déficits sexuels. Il n'est pas rare, lors d'une consultation séparée, d'entendre la femme admettre qu'elle n'a jamais vraiment été comblée par son partenaire, car il a toujours souffert d'éjaculation prématurée et ne parvient pas à la satisfaire complètement, ou parce que ses érections sont trop faibles pour permettre un coït. D'autres couples ne font l'amour qu'une fois par mois, voire tous les trois mois. Ces personnes ne profitent pas pleinement de la vie comme des adultes le devraient. Comment faire pour se sentir mieux sexuellement ?

Sécréter des phéromones

pour attirer son partenaire

La **DHEA** est la principale hormone à l'origine de la plupart des phéromones. Elle est produite par les deux glandes surrénales, chacune étant située au-dessus d'un rein. La DHEA est transformée dans des glandes de la peau, les glandes sébacées, en métabolites qui agissent comme phéromones. Ces métabolites de la DHEA sont sécrétés par les glandes sébacées dans la substance huileuse (le sébum). Ils produisent et déclenchent des réactions d'attraction envers des partenaires sexuels potentiels. La sécrétion de phéromones est la plus importante dans les régions pileuses du corps comme les aisselles et le pubis.

Des scientifiques ont étudié l'at-

traction qu'éprouvent les femmes lorsqu'elles sentent les sécrétions des aisselles de jeunes hommes : elles sont plus attirées par ceux qui dégagent une odeur, à condition que celle-ci ne soit pas trop forte, sinon elle agit comme un répulsif.

Quand un homme met du gel de **testostérone** sur ses cheveux, cela augmente son pouvoir de séduction auprès de son épouse ou d'une autre femme. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de faire cette expérience, par hasard, lorsque j'ai utilisé ce type de gel pour me coiffer. Appliquer du gel de testostérone dans les cheveux les rend plus volumineux, mais fait en outre que votre partenaire devient excitée et nerveuse sans savoir pourquoi. La testostérone fonctionne comme une phéromone.

Tomber amoureux plus

facilement

Une relation sexuelle qui débute et continue par amour est l'une des plus grandes expériences de la vie. Une expérience en laquelle la plupart d'entre nous croient mais que certains n'arriveront jamais à vivre pleinement. Pouvons-nous, avec des substances chimiques, améliorer nos sentiments amoureux ? Oui, c'est possible. Les hormones sexuelles et l'**ocytocine** sont des hormones capables d'accroître l'intensité de nos sentiments.

Les hormones sexuelles attirent deux personnes de sexe différent, l'une à l'autre, et les incitent à désirer des partenaires potentiels avec qui faire l'amour, parce qu'elles sont des hormones qui incitent à et permettent de se re-

produire. Les hormones sexuelles augmentent également la capacité de devenir mère ou père, pas seulement en induisant de l'amour entre partenaires, mais aussi en induisant des sentiments d'amour envers les enfants.

L'hormone ocytocine aide, selon mon expérience, à instaurer une relation amoureuse romantique avec pour effet secondaire d'accroître aussi ce qu'on appelle « l'anxiété romantique » ou la jalousie en pouvant rendre certaines si fortement attachées à leur partenaire qu'elles ne voudraient le perdre à aucun prix. Avec une quantité adéquate d'ocytocine, il vous devient difficile de quitter votre partenaire, car vous ressentez un sentiment de souffrance dès que la moindre distance, même courte, vous sépare de l'être de votre cœur. Cette souffrance a un goût délicieux. Elle est pleine de tous les bons souvenirs rattachés au plaisir d'être ensemble. Comment agit l'ocytocine ? L'un de ses mécanismes d'action est d'augmenter les endorphines, ces composés du corps qui ont une action similaire à la morphine et qui procurent ces émotions de plaisir que l'on peut ressentir en compagnie des autres. En outre, l'ocytocine accroît l'encodage dans le cerveau des rencontres sociales positives qu'elle rend plus aisées à se remémorer.

Qu'est-ce qui donne l'envie

et l'énergie de s'impliquer

dans une relation

amoureuse ?

Deux hormones jouent un rôle majeur en apportant l'éner-

gie et l'intrépidité nécessaires pour rencontrer une personne et se déclarer à elle : le **cortisol**, l'hormone surrénalienne qui pousse à aller de l'avant et la **testostérone**, l'hormone mâle qui donne le courage et le désir de parler à cœur ouvert et de déclarer ses sentiments d'amour. Un homme qui ne produit pas une quantité suffisante de ces hormones est souvent timide et laissé de côté.

Comment les hommes

obtiennent-ils une érection ?

Des influx nerveux transmis par le cerveau parcourent la moelle épinière, stimulant le système nerveux parasympathique qui nous détend, et déclenche une érection en faisant que des cellules dans le pénis sécrètent l'oxyde nitrique qui dilate la structure de vaisseaux sanguins (un vasodilatateur) et qui augmente le calibre des vaisseaux à l'intérieur de la verge, provoquant un remplissage du pénis qui, alors, durcit. Tout traitement nutritionnel ou hormonal qui améliore l'une des différentes étapes aboutissant à une érection est un bon candidat pour soigner une dysfonction érectile.

Qu'est-ce que la dysfonction érectile ?

La « dysfonction érectile » est l'expression plus médicale et respectueuse, pour désigner l'impuissance. Cela peut signifier que l'homme n'a pas d'érection ou une érection si défaillante qu'elle ne lui permet pas de pénétrer complètement le vagin d'une femme

pendant une durée suffisamment longue. Bien des hommes vivent très mal ce trouble de l'érection qu'ils perçoivent comme une incapacité à être un homme.

Quelles sont

les conséquences physiques

d'une dysfonction érectile ?

Les hommes qui souffrent de dysfonction érectile présentent un risque accru de développer une maladie cardio-vasculaire. En effet, deux ans après la première apparition d'un tel trouble, une pathologie cardiaque (coronarienne) peut être détectée chez de nombreux hommes. Lorsque de l'athérosclérose (le vieillissement des artères) se développe, elle endommage d'abord les petits vaisseaux sanguins, tels ceux de la verge, causant une dysfonction érectile. Plus tard, l'athérosclérose atteint les vaisseaux de plus gros calibre, comme les artères coronariennes qui apportent le sang au cœur. De plus, les hommes qui ont rarement une éjaculation et un orgasme ont un risque accru de cancer de la prostate et de décès.

Quelles sont

les conséquences

psychologiques

d'une dysfonction érectile ?

Bien que les problèmes physiques associés à une dysfonction érectile soient préoccupants, les conséquences psychologiques sont probablement encore plus dévastatrices. Un homme n'a plus le sentiment d'être un homme, un vrai, quand il perd ses érections.

Génétiquement programmé pour avoir des érections, il a le sentiment que celles-ci représentent une part importante de sa virilité. Les preuves de tendresse, d'amour et de compréhension d'une partenaire face à des troubles d'érection chez un homme n'y feront rien ou peu. Les hommes ayant pu profiter d'érections puissantes dans leur jeunesse sont particulièrement sujets à une perte de confiance et d'estime de soi que les pilules telles que le Viagra®, le Cialis® et le Levitra® ne peuvent que partiellement rétablir. Je dis toujours aux médecins en formation que la dysfonction érectile est à considérer comme une urgence psychologique. Même si un bon traitement hormonal a permis de rétablir la fonction érectile d'un homme, celui-ci mettra en moyenne deux ans avant de ne plus douter de sa puissance sexuelle. Seule l'utilisation du traitement hormonal le plus puissant qui soit pour restaurer la fonction érectile, le **melanotan II**, peut limiter la période de baisse de confiance en soi à deux ou trois mois. Lisez ce qui suit pour en savoir plus.

Quels nutriments peuvent

améliorer la fonction

érectile ?

Divers nutriments peuvent avoir un impact intéressant sur la fonction érectile.

Les extraits de plantes tels que le **Maca** ou le **Tribulus terrestris**, à raison de 1,5 à 3g par jour pour le premier, 200 à 600mg ou plus pour le second pris en deux fois par jour, peuvent aider. Le Maca imite certains effets de la testostérone,

l'hormone masculine. Le *Tribulus terrestris* augmente la quantité d'hormone masculine, ou testostérone, dans le sang, sous sa forme libre (non liée à une protéine de transport), ce qui signifie que les cellules cibles peuvent l'utiliser immédiatement. Les bienfaits d'autres plantes telles que le **Ginseng** et le **Muira-puama**, selon un dosage similaire à celui mentionné ci-dessus, sont également cités.

La consommation de **yohimbine**, d'origine également végétale, améliore la fonction sexuelle pour beaucoup d'hommes mais ne leur permet pas, en général, de retrouver une pleine puissance sexuelle : cette amélioration est de l'ordre de 25 à 50 %.

Les acides aminés tels que l'**arginine** et la **glutamine** peuvent également contrer la dysfonction érectile de manière intéressante. Dans le cadre d'une étude, la **carnitine** utilisée en complément alimentaire s'est avérée encore plus efficace que la testostérone pour améliorer la fonction érectile. Le marché européen dispose d'un produit associant le **pycnogénol**, un puissant anti-oxydant, à l'**arginine**, qui pourrait réduire la dysfonction érectile de 30 à 40 %.

Les hommes tendus physiquement souffrent souvent d'un manque de **GABA** (acide gamma-aminobutyrique). L'effet relaxant d'une prise de GABA à dosage élevé, à hauteur de 250 à 750 mg par jour, pourrait leur permettre de se distancer face à des situations stressantes, ce qui aurait des conséquences positives sur la fonction érectile. Par contre, prendre trop de GABA (plus de

400 mg par jour chez certains) juste avant l'activité sexuelle peut gêner l'érection. Comme souvent dans la vie, une bonne chose, à l'excès, peut s'avérer néfaste.

Quelles hormones peuvent

améliorer la fonction

érectile ?

La testostérone, l'hormone masculine, ne représente pas l'hormone principale dans le cadre de l'érection. La **MSH**, pour *melanocyte stimulating hormone*, l'hormone responsable du noircissement de la peau exposée au soleil, stimule la fonction érectile chez la plupart des hommes de manière plus efficace que la testostérone et plus encore que des produits de type Viagra ou Cialis, notamment sous forme de dérivés synthétiques : le melanotan II et brémélanotide, ou PT-141. Contrairement au Viagra, la MSH ne se contente pas d'agir sur la fréquence, le volume et la constance des érections, elle accentue également les effets psychologiques tels que le désir sexuel, l'excitation, la sensibilité de la peau caressée sexuellement, l'amour, l'intensité de l'orgasme et l'attachement. La prise d'alcool contrecarre en général totalement les propriétés sexuelles du melanotan II. Malheureusement ces hormones ne sont accessibles que sur Internet (je ne peux donc pas les recommander officiellement), et non pas en pharmacie en Europe pour de sombres raisons de brevet expiré pour le melanotan II, lequel n'est par conséquent pas économiquement intéressant pour les firmes pharmaceutiques. Quand une firme possède le brevet exclu-

sif d'un médicament, elle seule peut en vendre et faire tous les bénéfices. Il semble que deux pharmacies aux États-Unis le vendent ayant passé le contrôle de la FDA (Food & Drug Administration), l'agence officielle américaine du médicament. Les producteurs originaux ont essayé par contre de faire enregistrer dans les temps le brémélanotide ou PT141 auprès de la FDA mais sans succès car il peut, dans des cas rares toutefois, augmenter le risque d'hypertension artérielle. Le melanotan II, au contraire, peut diminuer l'hypertension artérielle due à une consommation excessive de sel.

Si la **testostérone** augmente la fréquence des érections, l'**hormone de croissance**, à l'origine du volume des tissus, augmente quant à elle la durée, la fermeté et le volume des érections.

Certains hommes sont parfois trop épuisés le soir pour avoir de bonnes érections. Ce phénomène touche particulièrement les hommes en manque important de l'hormone la plus importante des glandes surrénales, le cortisol. Ces derniers profiteraient d'une prise de **cortisol**, qui est l'hormone qui élève dans le sang le taux de sucre, notre principal nutriment énergétique, ce qui leur permettrait de retrouver leurs désirs et leur énergie. Un traitement à la **DHEA** peut également diminuer les effets d'une dysfonction érectile, par sa transformation en testostérone, mais l'amélioration n'apparaît qu'au bout de 3 ou 4 mois de traitement à raison de 50 mg par jour, un dosage élevé, et peut devenir réellement manifeste au bout de six mois de traitement.

Comment améliorer

la fonction sexuelle chez

l'homme ?

Il convient tout d'abord d'éviter les causes de dysfonction érectile

De nombreux médicaments peuvent entraîner une dysfonction érectile, y compris les statines (des médicaments anticholestérolémiants), qui peuvent considérablement réduire le score officiel moyen IIEF (International Index of Erectile Function) de 69 % chez les patients cardiovasculaires (de 21 sur 25 à 6,5 sur 25 ; gamme de 0 à 25).

La consommation d'alcool représente également un risque important de réduction de la fonction érectile. Limitez votre consommation d'alcool à deux fois par semaine. Passez au moins 5 jours sans alcool toutes les semaines.

Le manque de désir sexuel : les causes et ce qu'il faut faire pour en sortir

Chez l'homme, la **testostérone** représente la principale hormone du désir. Plus le niveau de testostérone est élevé, plus l'homme éprouvera du désir. D'autres hormones peuvent accentuer le désir sexuel, telles que l'**ocytocine**, l'hormone qui rend les hommes chaleureux et sociables, ou les hormones de bronzage, les **dérivés** de la **MSH**.

L'absence d'érections du matin : pourquoi, et comment y remédier ?

Les érections nocturnes et matinales sont nécessaires à la santé du pénis. Ces érections à intervalles

réguliers exercent les tissus du pénis et augmentent l'apport de sang et d'oxygène dans les cellules du pénis. Ces érections spontanées sont en général stimulées par la testostérone et l'autre hormone masculine principale, la dihydrotestostérone. Un faible taux de testostérone chez un homme entraîne en général l'absence d'érections matinales. Un traitement par testostérone permet de régler ce problème. Le mélanotan II peut également accentuer les érections du matin.

L'absence de sensibilité sexuelle du pénis et de la peau : pourquoi, et comment y remédier ?

Le gland, qui forme le haut du pénis, est rempli de récepteurs pour les hormones masculines. Lorsque les taux d'hormones masculines à l'intérieur des tissus sont faibles, notamment en dihydrotestostérone, la quantité de récepteurs pour les hormones masculines diminue également dans le gland, ce qui réduit la sensibilité sexuelle. Les récepteurs pour les androgènes sont également répartis sur l'ensemble de la peau, quoiqu'en bien moindre quantité que sur le gland, ce qui signifie qu'en cas de déficience en testostérone, la capacité d'excitation sexuelle de la peau diminue, ce qui réduit le plaisir de l'homme lors d'un rapport sexuel et de ses préliminaires.

Une diminution de la fréquence ou absence d'érections : pourquoi et comment y remédier ?

La fréquence des érections en présence d'une partenaire sexuelle potentielle est augmentée par les

hormones (testostérone, dihydrotestostérone et mélanotan II) qui facilitent les érections spontanées.

Un manque de fermeté et de volume des érections : pourquoi, et comment y remédier ?

Pour améliorer la fermeté et le volume des érections, un traitement à base d'**hormone de croissance** peut avoir un effet bénéfique chez les hommes pour qui cette hormone est déficiente. Certains patients témoignent qu'à la suite d'un traitement par hormone de croissance la taille de leur pénis a augmenté de 1 à 3 cm. Ce fait n'est pas étonnant : l'hormone de croissance est l'une des deux hormones qui déterminent la taille du pénis. Le pénis reste petit chez les hommes qui ont souffert d'un manque d'hormone de croissance (non traité) depuis l'enfance. Pour obtenir de bonnes érections, le corps doit produire un taux élevé d'oxyde nitrique dans le pénis pour que l'ensemble de sa structure de vaisseaux sanguins puisse se remplir. L'hormone de croissance augmente la production d'oxyde nitrique. La **dihydrotestostérone**, l'hormone des signes physiques typiquement masculins tels que les poils et la barbe, joue également un rôle dans la taille du pénis.

Les dérivés de la MSH, tels que le **melanotan II** ou le **brémélanotide**, peuvent également fortement accroître le volume et la fermeté des érections, encore plus que l'hormone de croissance. Lorsqu'un homme suit un traitement de mélanotan II à une dose élevée, il est préférable qu'il ait une partenaire

régulière, car il lui faudra peut-être avoir plusieurs rapports sexuels par semaine pour calmer la puissance de ses érections. A condition qu'il ne boive pas trop d'alcool car la consommation d'alcool neutralise complètement les effets sexuels du melanotan II et de l'hormone de croissance.

L'absence d'éjaculation : pourquoi, et comment y remédier ?

Pour pouvoir éjaculer, un homme a besoin d'ocytocine. L'hormone **ocytocine** améliore nettement la possibilité d'atteindre l'orgasme et d'éjaculer. Elle accentue également l'intensité de l'orgasme. Sur un plan physiologique, l'ocytocine augmente la quantité et la concentration du sperme à la première éjaculation. L'un de mes patients était presque incapable d'éjaculer : il ne parvenait qu'à une seule faible éjaculation par an. Il avait des érections faciles et pouvait maintenir ses érections lors de rapports sexuels réguliers, mais il était incapable d'éjaculer. En prenant de petites doses d'ocytocine, de 5 unités internationales deux fois par jour, il a alors été en mesure d'éjaculer huit fois sur dix rapports sexuels. Les dérivés MSH

tels que le **melanotan II**, le **brémelanotide**, et la **dihydrotestostérone** peuvent également augmenter l'éjaculation. La probabilité d'un orgasme ou d'une éjaculation augmente progressivement chez un homme à mesure que son taux de dihydrotestostérone dans le sang devient plus élevé. La dihydrotestostérone est l'hormone qui provoque la poussée de poils et la perte des cheveux.

L'éjaculation prématurée : pourquoi, et comment y remédier ?

En cas d'éjaculation prématurée, l'homme éjacule trop rapidement, souvent à peine après avoir pénétré le vagin de sa partenaire, ce qui laisse la femme frustrée et insatisfaite. Il existe deux types d'éjaculation précoce : l'éjaculation prématurée vraie et la fausse éjaculation prématurée. En cas d'éjaculation précoce réelle, l'homme est stimulé et éjacule trop tôt, souvent quelques minutes après la première caresse. En cas d'éjaculation précoce fausse, l'homme a du mal à conserver son érection et s'empresse d'éjaculer avant de perdre son érection.

Des psychiatres ont découvert que

les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, la classe d'antidépresseurs la plus utilisée, prolongent la période pré-éjaculatoire. En fait, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine réduisent le niveau d'ocytocine, l'hormone de l'éjaculation. Sans ocytocine, l'éjaculation est pratiquement impossible. Le **5-HTP** (5-hydroxytryptophane), nutriment naturel, par sa transformation en sérotonine, peut également s'avérer efficace en réduisant le taux d'ocytocine, pour retarder l'éjaculation avec moins d'effets secondaires que les antidépresseurs.

En cas d'éjaculation prématurée fausse, il est important d'augmenter la capacité de l'homme à conserver la durée et le volume de ses érections pour qu'il n'ait pas à s'empresse d'éjaculer avant de perdre son érection. L'utilisation d'hormones telles que la **testostérone**, l'**hormone de croissance** et les **dérivés MSH** peuvent être efficaces.

Ci-dessous vous trouvez un tableau récapitulatif sur les traitements nutritionnels et médicamenteux de l'éjaculation prématurée. En caractères **gras** les traitements souvent de premier choix.

Dysfonction sexuelle globale	Traitement nutritionnel par ordre de préférence	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Ejaculation prématurée véritable	5-HTP	25 mg à 200 mg par jour (mais pas plus de 25 mg à la fois pendant la journée, par contre le soir avant le coucher 50 à 200 mg)	Au réveil et le soir et/ou occasionnellement 2 à 5 heures 25 à 200 mg avant l'acte sexuel	Modéré (20 à 50% d'amélioration)	Sommeil, bâillements, peu d'expression d'émotions, manque de sociabilité
	Clomipramine	25 mg à 50 mg/jour	Au réveil et/ou occasionnellement 4 à 5 heures avant l'acte sexuel	Modéré à important (20 à 70% d'amélioration)	Absence d'orgasme, manque de sociabilité, tendance à l'isolation, froideur, bouche sèche, maux de tête

Dysfonction sexuelle globale	Traitement nutritionnel par ordre de préférence	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Éjaculation prématurée véritable	Sertraline, paroxetine	20 à 50 mg par jour (commencer avec 20-25 mg)	Au réveil et/ou occasionnellement 4 à 5 heures avant l'acte sexuel	Modéré à important (20 à 70% d'amélioration)	Absence d'orgasme, manque de sociabilité, tendance à l'isolement, froidure, bouche sèche, maux de tête
	Tao sexuel			Modéré	
Éjaculation prématurée fausse (=> à améliorer en administrant des hormones qui prolongent la durée et la fermeté des érections)	Melanotan II par injection sous-cutanée	Entre 0,1 et 1 mg par jour	Entre une heure et, dans l'idéal, six heures avant l'acte sexuel	Modéré à important	Bronzage excessif, taches de pigmentation, tension artérielle faible, érection excessive
	Brémélanotide ou PT 141 par injection (sous-cutanée) ou par voie nasale	Entre 0,1 et 1 mg par jour		Modéré à important	Bronzage excessif, taches de pigmentation, augmentation de la tension artérielle
	Testostérone transdermale en gel liposomal à 10%	De ½ (50 mg) à 3 grammes (300 mg) de testostérone/jour <i>appliquée en plusieurs couches sur le front, le haut des épaules et la poitrine au-dessus de la clavicule, les flancs</i>	Au réveil et parfois un supplément entre ½ heure et 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré à important	Rougeur du visage, acné, sur-stimulation sexuelle, comportement trop dominant
	Testostérone par injection intramusculaire (dans muscles fessiers) : de type énanthate ou cyp(r)ionate de testostérone	100 mg toutes les semaines ou 250 mg tous les 10 à 21 jours	Au moins 24 heures, de préférence plusieurs jours avant l'acte sexuel	Modéré à fort (30 à 100% d'amélioration)	
Éjaculation prématurée fausse (=> à améliorer en administrant un inhibiteur de la sécrétion de prolactine et obtenir une deuxième érection plus rapide après une première)	Bromocriptine par voie orale (agoniste de la dopamine, le neurotransmetteur qui bloque la sécrétion de prolactine)	Entre 1,25 et 5 mg/jour	Au réveil et/ou 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré à important	Maux de tête, nausée, vomissement

Une technique orientale

Une ancienne technique de l'Extrême Orient, appelée la « Sexologie du Tao », enseigne aux hommes la façon de parvenir à des orgasmes multiples sans avoir à éjaculer. Cette méthode peut permettre de résoudre le problème d'éjaculation prématurée.

La base de la technique est que l'homme, au moment d'éjaculer, retire légèrement ou de moitié son pénis du vagin, tout en soulevant légèrement son pubis du bassin de sa partenaire pour limiter le contact. Le fait de limiter le contact réduit très vite et fortement le besoin d'éjaculer, sans

empêcher l'orgasme. L'homme peut alors se contenter de profiter du moment. Il est conseillé aux éjaculateurs précoces de commencer après deux ou trois mouvements de pénétration du pénis dans le vagin de la partenaire, et de retirer ensuite légèrement leurs pénis et pubis.

Que pouvez-vous faire en tant qu'homme pour augmenter votre désir et votre puissance sexuels ?

Pour améliorer ses érections, un homme doit commencer par **manger plus d'aliments à base animale riches en protéines**. Les aliments tels que la viande, le poisson et la volaille augmentent le niveau de testostérone libre, la fraction de testostérone dans le sang qui n'est pas fixée sur des protéines transporteurs et pénètre facilement dans les cellules-cibles. La testostérone libre améliore la conversion de testostérone en dihydrotestostérone, l'hormone puissante des érections et de l'orgasme. L'un de mes patients est un boucher qui avait pour habitude de manger un kilo ou deux de viande par jour et disait faire l'amour à sa femme deux à trois fois par jour. Sa femme a confirmé ses dires. A l'âge de 50 ans, après avoir vendu son commerce florissant et être parti en retraite, alors qu'il avait le temps et l'argent qui lui aurait permis d'avoir autant de rapports sexuels qu'il voulait, il a vu son désir et sa puissance sexuels diminuer très fortement car il limitait sa consommation d'aliments riches en protéines à 200 ou 300 grammes par jour. Les meilleurs traitements aux hormones ne sont pas parvenus à rétablir complètement sa sexualité. Ce n'est qu'après avoir décidé de manger de plus grandes quantités de viande qu'avant qu'il a retrouvé une sexualité presque aussi riche que celle de sa jeunesse.

La consommation d'**aliments**

riches en graisse comme le beurre, le jaune d'œuf, le lard ou le bacon bouillis et le foie est également conseillée, car ces aliments fournissent les molécules de base pour produire les hormones sexuelles et augmentent ainsi leur production. Bien entendu, ne cuisinez jamais ces aliments riches en graisse à haute température. Les grillades, barbecues, la cuisine à l'huile et au beurre sont à éviter, et il est préférable de privilégier la cuisine à la vapeur, bouillie, ou à basse température (85 degrés Celsius ou moins) au four.

Par précaution, il est utile d'éviter toute consommation importante de produits de soja, comme par exemple manger un demi-litre ou plus de yaourt au soja. Le soja est riche en phytoestrogènes, hormones sexuelles d'origine végétale, qui peuvent diminuer la production d'hormones sexuelles et occuper les récepteurs pour la testostérone dans les cellules, deux interférences qui peuvent diminuer transitoirement la fonction érectile. Évitez aussi la consommation quotidienne de pain complet et autres céréales riches en fibres car elles peuvent faire baisser de 15 à 35 % les taux d'hormone mâle, la testostérone.

A noter aussi que le régime alimentaire de type méditerranéen fait de beaucoup plus d'aliments frais comme des légumes et fruits (et non pas de pâtes et pain), et plus pauvre en sucreries peut améliorer la fonction érectile chez les hommes qui mangent un régime moderne fait de plats préparés et d'excès en toutes sortes d'aliments trafiqués. La perte de poids chez les hommes qui ont un surpoids aussi améliore significa-

tivement la fonction érectile.

Évitez de boire de l'alcool, qui réduit fortement la production et le taux de testostérone et d'hormone de croissance nécessaires à une pleine puissance sexuelle. Il est faux de dire que la consommation d'alcool est réservée aux vrais hommes. Un des meilleurs moyens pour les hommes de perdre leur statut d'homme, sexuellement, de prendre du ventre et de la poitrine est de boire un verre d'alcool ou plus par jour. La raison réside dans la réduction considérable dans le sang par la prise quotidienne d'alcool de nombreux taux d'hormones critiques pour maintenir le corps en bonne forme, ferme, musclé et pauvre en graisse. La consommation d'alcool devrait être limitée à un maximum de deux jours par semaine. Une étude chinoise a montré que chez des hommes âgés, la consommation de trois verres d'alcool ou plus par semaine diminuait la satisfaction sexuelle et causait une dysfonction sexuelle significative. A bon entendeur...

Un homme peut s'adresser à un diététicien afin d'effectuer une analyse de sang pour connaître son taux d'oligo-éléments, un facteur qui peut permettre d'améliorer sa sexualité. Selon des études, **la prise de suppléments de vitamine A, vitamine E et de zinc** peuvent augmenter le taux de testostérone, l'hormone de la sexualité, particulièrement chez les hommes qui en manquent. Des études publiées ont démontré l'efficacité de dosages quotidiens de 50 000 unités internationales de vitamine A, de 400 mg de vitamine E, et 50 mg de zinc. La vitamine E à 300 mg par jour

chez l'homme qui prend un inhibiteur de la phosphodiesterase (substance qui bloque l'action d'un ou plusieurs des cinq sous-types de l'enzyme phosphodiesterase comme le Viagra®, Cialis®, Levitra®), la vitamine E utilisée seule à fortes doses chez l'animal et le zinc à forte dose chez l'homme ont également montré de très intéressants effets bénéfiques sur la fonction érectile des sujets âgés. Mais attention au surdosage : quand ces suppléments sont pris pendant plus de deux à six mois à ces doses, ils peuvent provoquer des effets nuisibles ! Un contrôle régulier (tous les six mois) des taux dans le sang de ces micronutriments est conseillé.

Prendre une préparation à base de **pycnogénol** et d'**arginine** peut également aider.

La prise de quatre grammes par jour de l'acide aminé **carnitine** s'est révélée être plus efficace

que la testostérone pour rétablir des érections. Prenez de la carnitine au réveil et au déjeuner, et non au coucher, car cela pourrait perturber le sommeil. Toutes les préparations nutritionnelles déjà mentionnées précédemment comme l'arginine seule, la citrulline, et les extraits de plantes tels que le Maca ou la yohimbine (de l'arbre yohimine) peuvent également être utiles. Cependant leurs effets sexuels ne peuvent souvent pas entrer en compétition avec les effets de certains traitements hormonaux généralement (beaucoup) plus puissants (voir plus loin).

Pour les hommes souffrant d'éjaculations précoces, la prise d'un précurseur à la sérotonine tel que le **5-HTP** (5-hydroxytryptophane) peut réduire les taux d'ocytocine et par conséquent retarder le moment de l'éjaculation. Pour cela, des dosages de 50 à 200 mg par jour sont parfois nécessaires.

Le GABA (acide gamma-amino-butérique), le neurotransmetteur du calme ou de l'apaisement sans somnolence, peut également avoir un impact profond pour réduire le niveau de stress chez les hommes nerveux et modérer leur anxiété, pour arriver ainsi au niveau de relaxation nécessaire à la réussite du rapport sexuel. Le système nerveux parasympathique, celui qui nous calme, est de fait à la base du contrôle des érections et de l'éjaculation. Il est stimulé par le GABA. Mais attention ! Trop de GABA (plus de 400 milligrammes par exemple), peut rendre les hommes trop calmes et diminuer leur envie et puissance sexuelles pour des rapports sexuels qui exigent quand-même un certain degré d'excitation émotionnelle.

Le tableau ci-dessous schématise les différentes approches nutritionnelles pouvant améliorer la sexualité de l'homme.

Dysfonction sexuelle globale	Traitement nutritionnel	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Manque de libido, dysfonction érectile	Meilleur régime	200 g ou plus d'aliments riches en protéines, éviter céréales, surtout pain complet, soja en fortes quantités, sucreries	Cinq jours sur sept par semaine	Modéré (20 à 50%)	
		Éviter alcool		Modéré à important (de 20 à 70%)	
	Maca	De 1,5 (améliore la libido) à 3 g (améliore la dysfonction érectile)/jour	2x/jour au réveil et avant le coucher et/ou 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré (de 20 à 50%)	
Tribulus terrestris	250 à 400 mg/jour	2x/jour au réveil et avant le coucher et/ou 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré	Rare : agitation, sentiment de chaleur, pouls légèrement plus rapide, état vaseux	

Dysfonction sexuelle globale	Traitement nutritionnel	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Manque de libido, dysfonction érectile	Ginko biloba	120 à 240 mg/jour	2x/jour au réveil et avant le coucher et/ou 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré	Palpitations, maux de tête, spasmes musculaires, troubles digestifs
	Eurycoma longifolia	300 mg/jour		Modéré	Insomnie, agitation, irritabilité, sentiment de chaleur, vapeurs
	Ginseng rouge coréen	2 à 4 g/jour	3x 1 g/jour	Modéré	Insomnie, agitation, diarrhée, vomissements, maux de tête, hypertension,
	Yohimbine	10 à 40 mg/jour	3x /jour (commencer lentement : 3x 1.5 mg) et/ou 1 à 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré	Nervosité, anxiété, palpitations, rougeur de la peau, tremblements
	Carnitine	2 à 4 g	2x/jour au réveil et avant le coucher et/ou 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré	Douleur à l'estomac, nausées, vomissement, diarrhée
	Acetyl-carnitine	1,5 à 3 g/jour		Modéré	
	Arginine	4 à 7 g/jour (ne pas dépasser 8 g/jour)		Modéré	Douleur à l'estomac, nausées, vomissement, diarrhée (éviter si herpès)
	Citrulline (converti en arginine dans les reins)	1,5 à 3 g/jour		Modéré	Douleur à l'estomac, nausées
	Pycnogenol 40 mg + L-arginine 700 mg	2 à 4 capsules/jour	2 x 2 capsules matin et soir pendant 2 semaines, puis 2x 1/jour	Modéré	Maux de tête, rougissement de la peau (éviter si herpès)
	Vitamine E	400 à 1 600 mg-IU/jour	Par périodes de deux à trois mois, puis deux-quatre mois	Modéré	Sang trop fluide, saignements faciles, y compris dans le cerveau
Zinc	Sous forme de sulfate 150 à 200 mg/jour	2 à 3x/jour	Modéré	Douleur à l'estomac, nausées, diarrhée, arythmie cardiaque, diminution de l'immunité	

Élever le taux d'hormones sexuelles	Traitement nutritionnel	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Améliorer le taux de testostérone	Vitamine A	20 000 à 100 000 UI/jour	Matin et soir	Effet modéré (de 20 à 50%) chez hommes déficients en testostérone	Peau sèche, troubles du foie
	Vitamine E	200 à 1 200 mg-IU/jour	Matin au réveil		Voir ci-dessus
	Zinc	25 à 100 mg/jour	Soir avant le coucher		Voir ci-dessus

Note : Faites vérifier les taux de la vitamine A, la vitamine E et du zinc dans le sang tous les six mois en cas de supplémentation avec ces micronutriments.

Traitement hormonal

prescrit par un médecin

Aux États-Unis, la **DHEA**, et dans quelques rares magasins de diététique l'androstènedione, l'autre hormone stéroïdienne, sont en vente libre. En Europe, la DHEA est disponible en France et en Belgique sous prescription magistrale d'un médecin. Une prise quotidienne peut apporter une amélioration de la fonction érectile, mais il est nécessaire de passer à des doses élevées de 50 milligrammes de DHEA par jour durant quatre à six mois en moyenne pour obtenir une nette amélioration des érections. Comme la DHEA et l'androstènedione peuvent se transformer excessivement dans les hormones féminines œstradiol et œstrone, qui provoquent de la dysfonction érectile, nous conseillons aux hommes qui souhaitent poursuivre ce traitement de se faire suivre par un médecin qualifié. De plus, les hormones féminines de type œstrogène font proliférer le tissu fibreux de la prostate et peuvent ainsi à taux élevés (plus de 30 picogrammes par millilitres) favoriser le développement de l'hypertrophie de la prostate, donnant une prostate plus grande et de consistance plus dure. La dureté est due à un tissu fibreux - ou tissu de soutien et remplissage de la prostate - surabondant qui a une consistance ferme, dure à la palpation.

Il est nécessaire de s'adresser à un médecin pour obtenir des ordonnances et un suivi sérieux lorsque l'on souhaite suivre un traitement aux trois principales hormones liées à la fonction érectile qui sont la testostérone, le melatonin II, et l'hormone de croissance. La **testostérone** est disponible dans la plupart des pays sur ordonnance d'un médecin. Aux États-Unis, il est de plus en plus difficile de trouver un médecin disposé à prescrire l'**hormone de croissance** aux patients qui en manquent. En Europe et surtout en France ou en Suisse, c'est encore plus difficile. Il faut essayer de contacter les organisations de médecins anti-âge ou de thérapie hormonale surtout liées à des congrès anti-âge dont le programme est souvent publié sur internet.

Deux pharmacies aux États-Unis mettent en vente du melatonin II et seraient autorisées par la FDA. Je ne connais pas ces deux firmes et ne peut donc les recommander. En dehors de ces deux sociétés, aux États-Unis ou ailleurs, le **melatonin II** n'est pas vendu en pharmacie et n'est disponible que sur internet. Je conseille à tout acheteur sur internet d'exercer une prudence extrême lorsqu'il s'agit de médicaments car ils peuvent être peu, mal ou pas contrôlés. Le melatonin I, dont la structure diffère de celle du melatonin II, existe également, mais son effet de stimulation sexuelle est faible par rapport à celui du melatonin II. La structure du **brémelanotide**, ou **PT 141**, est pratiquement identique à celle du melatonin II, mais une légère différence de

structure a pour conséquence d'atténuer les effets de bronzage, tout en conservant les effets de stimulation sexuelle du melatonin II. Il peut cependant augmenter la pression artérielle chez certains, ce qui n'est pas le cas du melatonin II, qui lui a tendance à réduire la tension artérielle.

La **prolactine** est l'hormone qui bloque la sexualité, et qui permet notamment d'avoir une nouvelle érection rapidement après une éjaculation. Le fait de bloquer la sécrétion de prolactine chez un homme encourage une nouvelle érection très rapide après l'éjaculation. Un homme peut ainsi avoir un plus grand nombre de rapports sexuels et réduire son anxiété s'il souffre d'éjaculation précoce, car l'éjaculation sera alors très vite suivie par une nouvelle érection. Certains hommes peuvent souffrir d'un problème d'érection parce qu'ils ont trop de prolactine, une hormone qui calme la sexualité. Une des causes les plus fréquentes d'un niveau élevé de prolactine est une vie trop stressante. La production de prolactine augmente lors de situations stressantes, vraisemblablement pour augmenter les sentiments parentaux qui peuvent réduire l'anxiété. La prolactine est l'hormone des sentiments maternels protecteurs. L'augmentation du niveau de prolactine lors de stress peut expliquer pourquoi les hommes perdent leur libido et souffrent de dysfonction érectile en situation de stress. Dans la mesure du possible, limiter la quantité de stress peut régler le problème. La sécrétion de prolactine peut également être provoquée par l'utilisation d'un neuroleptique, un médica-

ment psychotrope qui apaise nettement ses utilisateurs et est prescrit pour traiter les psychoses et l'anxiété grave. L'arrêt de la prise de psychotrope produit en général un soulagement. Autre cause possible, et rare, d'un taux élevé de prolactine : la sécrétion par l'hypophyse d'un excès de prolactine, provoquée éventuellement par une tumeur bénigne de l'hypophyse appelée prolactinome. Très souvent, il suffit de prendre de la bromocriptine, un inhibiteur de prolactine, à de petites doses (2,5 mg par jour par exemple)

pour constater un soulagement. Si cela ne suffit pas, une intervention chirurgicale pour enlever la tumeur peut s'avérer nécessaire si la tumeur entraîne une compression qui s'accompagne de maux de tête et de vomissements.

Le tableau ci-dessous donne un résumé des traitements hormonaux, de leurs actions sur la sexualité masculine, ainsi que les doses recommandées. Dans la seconde colonne sur le « traitement hormonal » les traitements utilisés souvent le plus fréquemment pour pallier le problème sexuel exposé dans la première colonne sont mis en caractères **gras**.

Manque d'excitation sexuelle	Traitement hormonal par ordre d'efficacité	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Manque de désir sexuel	Testostérone transdermale : en gel liposomal à 10%	De ½ (50 mg) à 3 grammes (300 mg) de testostérone/jour <i>appliquée en plusieurs couches sur le front, le haut des épaules et la poitrine au-dessus de la clavicule, les flancs</i>	Au réveil et parfois un supplément entre ½ heure et 2 heures avant l'acte sexuel	Important (20 à 90% d'amélioration)	Rougeur du visage, acné, surstimulation sexuelle, comportement trop dominant
	Testostérone par injection intramusculaire (dans muscles fessiers) : formes où la testostérone est liée à une molécule d'énanthate ou de cypionate (qui prolonge la durée d'action)	100 mg toutes les semaines ou 250 mg tous les 10 à 21 jours	Au moins 24 heures, de préférence plusieurs jours avant l'acte sexuel	Fort (30 à 100% d'amélioration)	
	Ocytocine par voie sublinguale (à faire fondre sur la langue (ou par voie nasale : moins intense)	Sublingual : 5-10 IU Intranasal 8-24 IU	Au réveil ou au coucher, et 2 heures avant l'acte sexuel	Modéré (20 à 50% d'amélioration)	Affection débordante, manque d'énergie et chez les hommes somnolence
	Melanotan II par injection (sous-cutanée = sous la peau = SC)	Entre 0,1 et 1 mg/jour	Entre une heure et, dans l'idéal, six heures avant l'acte sexuel	Important (20 à 90% d'amélioration)	Bronzage excessif, taches de pigmentation, tension artérielle faible, érection excessive
	Brémélanotide ou PT 141 par injection (SC) ou par voie nasale (par spray nasal)	Entre 0,1 et 1 mg/jour		Important (20 à 90% d'amélioration)	Bronzage excessif, taches de pigmentation, augmentation de la tension artérielle
	DHEA par voie orale	50 mg/jour	Au réveil et occasionnellement deux heures avant l'acte sexuel	Modéré (20 à 50% d'amélioration)	Peau grasse, cheveux gras, acné

Dysfonction sexuelle globale	Traitement hormonal par ordre d'efficacité	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Niveaux de prolactine excessifs	Bromocriptine agoniste (action similaire à celle de la dopamine, le neurotransmetteur qui bloque la sécrétion de prolactine)	De 1,25 à 5 mg/jour	Au réveil et/ou 2 heures avant l'acte sexuel	Important	Maux de tête, nausée, vomissement
	Diminuer le stress			Modéré	
Taux d'œstradiol (> 30 pg/ml) &/ou d'œstrone excessifs	Arrêtez de prendre de l'alcool ou des boissons contenant de la caféine	2 jours par semaine maximum, les 5 autres jours sont sans caféine et sans alcool		Important	
	Progestérone par voie orale	100 mg/jour par voie orale Gel transdermal à 10% : de ½ à 1 g à appliquer sur le buste	Avant le coucher et <u>après</u> l'acte sexuel	Modéré	Peut atténuer la libido et diminuer les érections chez les hommes sensibles
	DIM (diindolylmethane, provient de choux) par voie orale	De 100 à 200 mg/jour	Au réveil	Modéré	Peut atténuer la libido par la réduction d'œstradiol
	Anastrozole par voie orale	Entre 2 fois ¼ de comprimé par semaine à ½ comprimé par jour	Au réveil	Important	Maux de tête, nausées, fatigue
Dysfonction érectile	Traitement hormonal par ordre d'efficacité	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Absence d'érections matinales ou d'autres érections spontanées	Testostérone transdermale en gel liposomal à 10%	De ½ (50 mg) à 3 grammes (300 mg) de testostérone/jour <i>appliquée en plusieurs couches sur le front, le haut des épaules et la poitrine au-dessus de la clavicule, les flancs</i>	Au réveil et parfois entre ½ heure et 2 heures avant l'acte sexuel	Important	Rougeur du visage, acné, surstimulation sexuelle, comportement trop dominant
	Testostérone par injection intramusculaire (dans muscles fessiers) : de type énanthate ou cypionate de testostérone	100 mg toutes les semaines ou 250 mg tous les 10 à 21 jours	Au moins 24 heures, et de préférence plusieurs jours avant l'acte sexuel	Fort	Rougeur du visage, acné, surstimulation sexuelle, comportement trop dominant
	DHEA par voie orale	50 mg/jour	Au réveil et occasionnellement deux heures avant l'acte sexuel	Modéré	Peau grasse, cheveux gras, acné
Difficultés d'érection	Melanotan II par injection (sous-cutanée)	Entre 0,1 et 1 mg par jour	Entre une heure et, dans l'idéal, six heures avant l'acte sexuel	Fort	Bronzage excessif, taches de pigmentation, tension artérielle faible, érection excessive
	Brémélanotide ou PT 141 par injection (sous-cutanée) ou par voie nasale	Entre 0,1 et 1 mg par jour	Entre une heure et, dans l'idéal, six heures avant l'acte sexuel	Important à Fort	Bronzage excessif, taches de pigmentation, augmentation de la tension artérielle

Dysfonction érectile	Traitement hormonal par ordre d'efficacité	Doses habituelles	Fréquence	Effet	Signes de surdosage
Difficultés d'érection	Testostérone transdermale en gel liposomal à 10%	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Important	Voir ci-dessus
	Testostérone par injection intramusculaire : de type énanthate ou cypionate de testostérone	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Fort	Voir ci-dessus
Manque de persistance et de volume des érections, atrophie du pénis (prépuce trop relâché et grand)	Melanotan II par injection (sous-cutanée)	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Fort	Voir ci-dessus
	Brémélanotide ou PT 141 par injection (sous-cutanée) ou par voie nasale	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Important	Voir ci-dessus
	Hormone de croissance par injection (sous-cutanée)	Entre 0,1 et 0,35 mg	Au coucher	Important	Gonflement des pieds, des mains, picotements dans les mains, nez et yeux enflés, surdéveloppement musculaire
	Testostérone transdermale en gel liposomal à 10%	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Modéré à important	Voir ci-dessus
	Testostérone par injection intramusculaire : de type énanthate ou cypionate de testostérone	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Modéré à Important	Voir ci-dessus
Absence d'éjaculation, manque d'intensité de l'orgasme	Ocytocine par voie sublinguale (ou par voie nasale : moins intense)	Par voie sublinguale : de 5 à 10 IU Par voie nasale : de 8 à 24 IU	Au réveil ou au coucher et 2 heures avant l'acte sexuel	Important	Affection débordante, manque d'énergie et de somnolence chez les hommes
	Melanotan II (SC) par injection	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Important	Voir ci-dessus
	Brémélanotide ou PT 141 par injection (sous-cutanée) ou par voie nasale	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Important	Voir ci-dessus

Conclusion

Gardez à l'esprit que si la théorie est importante, la pratique l'est encore davantage. Pourquoi ne pas vous offrir régulièrement une petite escapade romantique avec votre partenaire ?

Nos patients nous questionnent

Ménopause et testostérone

Les femmes également produisent de la testostérone.

Est-il vrai qu'un taux plus faible favorise la ménopause ?

Si nous voulons garder un corps ferme et éviter de perdre du muscle, faut-il également prendre de la testostérone ?

Oui, les femmes carencées en testostérone devraient en prendre. Cette hormone est essentielle au psychisme d'une femme qui, sinon, devient hésitante, anxieuse, manquant de confiance en elle-même, ayant moins d'énergie et une libido faible ou en berne. La testostérone est également importante pour le corps d'une femme. Sans elle, une femme développe davantage de cellulite et perd du muscle. Pratiquement toutes les femmes ménopausées qui prennent des hormones féminines devraient y associer de la testostérone à des doses 20 fois inférieures à celles administrées chez les hommes. Une femme ne devrait jamais recevoir de la testostérone sans œstrogènes ni progestérone (l'autre hormone féminine) afin de prévenir le risque de pilosité excessive (hirsutisme) et d'acné.

La ménopause marque la fin des cycles menstruels chez la femme. Elle survient en moyenne à 50 ans. À ce moment, la production des hormones féminines, qui dépend des ovules et des follicules primaires, groupe de cellules qui se forment autour des ovules, chute, parce que les ovules disparaissent à la ménopause, alors que la testostérone et les autres androgènes sont principalement sécrétés par d'autres cellules dans les ovaires, les cellules stromales qui donnent naissance au tissu fibreux. Cette production se poursuit après la ménopause. Elle décline peu à peu, mais progressivement et non de manière brutale, à partir de 30 ans et jusqu'à 90 ans à un rythme bien plus lent que celui des hormones féminines. C'est pourquoi la ménopause n'est pas tant marquée par un déclin de la testostérone (sa sécrétion change peu à la ménopause) que par une chute des hormones féminines. Toutefois, les plaintes et les signes physiques liés à la ménopause sont plus fréquents et sévères chez les femmes qui manquent à la fois d'hormones féminines et de testostérone. Celles qui ne souffrent pas, par exemple, de bouffées de chaleur ont généralement un taux de testostérone supérieur à celui des femmes qui en souffrent.

Hormones féminines

J'ai une question importante : comment une femme peut-elle éviter d'avoir des poils au menton ?

Quand une femme a des poils au menton, c'est le signe qu'elle manque d'hormones féminines sur la peau de son menton pour contrebalancer l'action des hormones mâles. Il faut alors augmenter le taux des hormones féminines en appliquant un gel transdermique d'œstradiol sur le menton et à d'autres endroits, comme les bras, afin qu'une quantité suffisante d'hormones féminines équilibre la présence d'hormones mâles. Par ailleurs, si vous n'êtes pas encore ménopausée, faites en sorte d'aider vos ovaires à mieux ovuler. Vous pouvez par exemple manger davantage d'aliments riches en protéines comme la volaille, la viande, le poisson et les œufs.

... /...

Nos patients nous questionnent

Hormones féminines

J'ai une question importante : comment une femme peut-elle éviter d'avoir des poils au menton ?

Évitez les sports physiquement épuisants et le stress qui « consomme » des hormones sexuelles ou bloque leur production, et prenez le temps de faire davantage de relaxation. Ces mesures augmenteront la production des hormones féminines.

Toutefois, dès lors que des poils apparaissent sur le menton, plusieurs années sont parfois nécessaires pour que ceux-ci disparaissent définitivement après un meilleur équilibre entre les hormones féminines et mâles. Chaque poil qui apparaît y restera pendant environ quatre ans. Pour cette raison il est recommandé d'arracher ou de retirer à la cire, à l'électrocoagulation ou à l'épilation électrique les poils indésirables afin d'obtenir des résultats plus rapides. Dès que l'équilibre hormonal sera meilleur, il ne devrait plus y avoir de repousse de nouveaux poils. Une autre manière d'améliorer ou de corriger ce problème consiste à diminuer la concentration excessive d'hormones mâles du corps. Un tel excès d'hormones peut s'expliquer par une carence en hormones thyroïdiennes (hypothyroïdie) ou en cortisol, qui provoque une production excessive d'hormones mâles. En hypothyroïdie, la conversion de la testostérone (hormone mâle) en dihydrotestostérone (hormone hyper « virilisante » qui donne la pilosité) est augmentée, au dépens de sa transformation en hormone féminine œstradiol dont la production est diminuée. Cet état diminue les taux d'hormones mâles chez la femme, tout en augmentant celui de l'hormone féminine œstradiol qui protège la peau du visage contre l'apparition de poils. Vous pouvez améliorer la fonction de la thyroïde de manière relativement importante en mangeant davantage de fruits (un demi à un kilo par jour) et en diminuant la consommation d'aliments riches en protéines comme la viande et la volaille (pas plus de 150 g par jour). Sinon, une autre solution possible est de faire contrôler votre fonction thyroïdienne par un médecin et, si celle-ci est ralentie, de la corriger par la prise d'hormones thyroïdiennes. En carence en cortisol, les surrénales compensent ce déficit en produisant une plus grande quantité d'hormones mâles (DHEA, androstènedione, testostérone). La prise quotidienne de petites doses de dexaméthasone, un dérivé du cortisol, peut diminuer un tel taux excessif d'hormones mâles d'origine surrénalienne. Cette hormone de synthèse est beaucoup plus puissante que le cortisol et demeure active durant 28 à 48 heures, ce qui est bien plus long et, par conséquent, bien plus efficace que les 4 à 8 heures d'action du cortisol bio-identique, également appelé hydrocortisone. Le cortisol diminue la production d'androgènes en inhibant la sécrétion de l'hormone adrénocorticotrophine (ACTH) qui stimule les glandes surrénales à produire du cortisol et des hormones mâles. Vous pouvez également augmenter la production de cortisol en consommant davantage d'aliments riches en protéines et en lipides comme la viande, les œufs, le foie, le beurre, la volaille et le poisson, mais cela peut également accroître la production d'androgènes.

RÉFÉRENCES SCIENTIFIQUES

Sécréter des phéromones pour attirer son partenaire

1. Baulieu EE, Thomas G, Legrain S, Lahlou N, Roger M, Debuire B, Faucounau V, Girard L, Hervy MP, Latour F, Leaud MC, Mokrane A, Pitti-Ferrandi H, Trivalle C, de Lacharriere O, Nouveau S, Rakoto-Arison B, Souberbielle JC, Raison J, Le Bouc Y, Raynaud A, Girerd X, Forette F. Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2000;97(8):4279-84.
2. Diamond P, Cusan L, Gomez JL, Belanger A, Labrie F. Metabolic effects of 12-month percutaneous dehydroepiandrosterone replacement therapy in postmenopausal women. *J Endocrinol* 1996 Sep;150 Suppl:S43-50.

Tomber amoureux plus facilement

3. Kotwica G, Staszkiwicz, Skowro ski MT, Siawrys G, Bogacka I, Franczak A, Kurowicka B, Krazi ski B, Okrasa S. Effects of oxytocin alone and in combination with selected hypothalamic hormones on ACTH, beta-endorphin, LH and PRL secretion by anterior pituitary cells of cyclic pigs. *Reprod Biol*. 2006 Jul;6(2):115-31.
4. Guastella AJ, Mitchell PB, Mathews F. Oxytocin enhances the encoding of positive social memories in humans. *Biol Psychiatry*. 2008 Aug 1;64(3):256-8.

Quelles sont les conséquences physiques d'une dysfonction érectile ?

5. Min JK, Williams KA, Okwuosa TM, Bell GW, Panutich MS, Ward RP. Prediction of coronary heart disease by erectile dysfunction in men referred for nuclear stress testing. *Arch Intern Med*. 2006 Jan 23;166(2):201-6.
6. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, Salonia A, Deho F, Rigatti P, Montorsi F, Fiorentini C. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. *Eur Heart J*. 2006 Nov;27(22):2632-9.
7. Leitzmann MF, Platz EA, Stampfer MJ, Willett WC, Giovannucci E. *JAMA*. 2004 Apr 7;291(13):1578-86. Ejaculation frequency and subsequent risk of prostate cancer.
8. Davey Smith G, Frankel S, Yarnell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *BMJ*. 1997 Dec 20;315(7123):1641-4.
9. Ebrahim S, May M, Ben Shlomo Y, McCarron P, Frankel S, Yarnell J, Davey Smith G. Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study. *J Epidemiol Community Health*. 2002 Feb;56(2):99-102.

Quels nutriments peuvent améliorer la fonction érectile ?

10. McKay D. Nutrients and botanicals for erectile dysfunction: examining the evidence. *Altern Med Rev*. 2004 Mar;9(1):4-16.
11. Zenico T, Cicero AF, Valmorri L, Mercuriali M, Bercovich E. Subjective effects of *Lepidium meyenii* (Maca) extract on well-being and sexual performances in patients with mild erectile dysfunction: a randomised, double-blind clinical trial. *Andrologia*. 2009 Apr;41(2):95-9.
12. Dording CM, Fisher L, Papakostas G, Farabaugh A, Sonawalla S, Fava M, Mischoulon D. A double-blind, randomized, pilot dose-finding study of maca root (*L. meyenii*) for the management of SSRI-induced sexual dysfunction. *CNS Neurosci Ther*. 2008 Fall;14(3):182-91.
13. Aung HH, Dey L, Rand V, Yuan CS. Alternative therapies for male and female sexual dysfunction. *Am J Chin Med*. 2004;32(2):161-73.
14. Morales A, Condra M, Owen JA, Surridge DH, Fenemore J, Harris C. Is yohimbine effective in the treatment of organic impotence? Results of a controlled trial. *J Urol*. 1987 Jun;137(6):1168-72.
15. Susset JG, Tessier CD, Wincze J, Bansal S, Malhotra C, Schwacha MG. Effect of yohimbine hydrochloride on erectile impotence: a double-blind study. *J Urol*. 1989 Jun;141(6):1360-3.
16. Reid K, Surridge DH, Morales A, Condra M, Harris C, Owen J, Fenemore J. Double-blind trial of yohimbine in treatment of psychogenic impotence. *Lancet*. 1987 Aug 22;2(8556):421-3.
17. Chen J, Wollman Y, Chernichovsky T, Iaina A, Sofer M, Matzkin H. Effect of oral administration of high-dose nitric oxide donor L-arginine in men with organic erectile dysfunction: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *BJU Int*. 1999 Feb;83(3):269-73.
18. Burnett AL, Lowenstein CJ, Bredt DS, Chang TS, Snyder SH. Nitric oxide: a physiologic mediator of penile erection. *Science*. 1992 Jul 17;257(5068):401-3.
19. Gur S, Kadowitz PJ, Trost L, Hellstrom WJ. Optimizing nitric oxide production by time dependent L-arginine administration in isolated human corpus cavernosum. *J Urol*. 2007 Oct;178(4 Pt 1):1543-8.
20. Stanislavov R, Nikolova V. Treatment of erectile dysfunction with pycnogenol and L-arginine. *J Sex Marital Ther*. 2003 May-Jun;29(3):207-13.
21. Cavallini G, Caracciolo S, Vitali G, Modenini F, Biagiotti G. Carnitine versus androgen administration in the treatment of sexual dysfunction, depressed mood, and fatigue associated with male aging. *Urology*. 2004 Apr;63(4):641-6.
22. Gianfrilli D, Lauretta R, Di Dato C, Graziadio C, Pozza C, De Larichaudy J, Giannetta E, Isidori AM, Lenzi A. Propionyl-L-carnitine, L-arginine and niacin in sexual medicine: a nutraceutical approach to erectile dysfunction. *Andrologia*. 2012 May;44 Suppl 1:600-4.
23. Cormio L, De Siati M, Lorusso F, Selvaggio O, Mirabella L, Sanguedolce F, Carrieri G. Oral L-citrulline supplementation improves erection hardness in men with mild erectile dysfunction. *Urology*. 2011 Jan;77(1):119-22.

24. Malviya N, Jain S, Gupta VB, Vyas S. Recent studies on aphrodisiac herbs for the management of male sexual dysfunction--a review. *Acta Pol Pharm.* 2011 Jan-Feb;68(1):3-8.
25. Cohen AJ, Bartlik B. Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1998 Apr-Jun;24(2):139-43.
26. Jang DJ, Lee MS, Shin BC, Lee YC, Ernst E. Red ginseng for treating erectile dysfunction: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2008 Oct;66(4):444-50.
27. de Andrade E, de Mesquita AA, Claro Jde A, de Andrade PM, Ortiz V, Paranhos M, Srougi M. Study of the efficacy of Korean Red Ginseng in the treatment of erectile dysfunction. *Asian J Androl.* 2007 Mar;9(2):241-4.
28. Gauthaman K, Ganesan AP. The hormonal effects of Tribulus terrestris and its role in the management of male erectile dysfunction--an evaluation using primates, rabbit and rat. *Phytomedicine.* 2008 Jan;15(1-2):44-54.
29. Ismail SB, Wan Mohammad WM, George A, Nik Hussain NH, Musthapa Kamal ZM, Liske E. Randomized Clinical Trial on the Use of PHYSTA Freeze-Dried Water Extract of Eurycoma longifolia for the Improvement of Quality of Life and Sexual Well-Being in Men. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;2012:429268.

Quelles hormones peuvent améliorer la fonction érectile

30. Wang C, Swedloff RS, Iranmanesh A, Dobs A, Snyder PJ, Cunningham G, Matsumoto AM, Weber T, Berman N. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. Testosterone Gel Study Group. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000 Aug;85(8):2839-53.
31. Matsumoto AM, Weber T, Berman N. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. Testosterone Gel Study Group. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000 Aug;85(8):2839-53.
32. Jain P, Rademaker AW, McVary KT. Testosterone supplementation for erectile dysfunction: results of a meta-analysis. *J Urol* 2000 Aug;164(2):371-5.
33. Nordmark G, Bengtsson C, Larsson A, Karlsson FA, Sturfelt G, Rönnblom L. Effects of dehydroepiandrosterone supplement on health-related quality of life in glucocorticoid treated female patients with systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity.* 2005 Nov;38(7):531-40.
34. Reiter WJ, Pycha A, Schatzl G, Pokorny A, Gruber DM, Huber JC, Marberger M. Dehydroepiandrosterone in the treatment of erectile dysfunction: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Urology.* 1999;53(3):590-4.
35. Reiter WJ, Schatzl G, Mark I, Zeiner A, Pycha A, Marberger M. Dehydroepiandrosterone in the treatment of erectile dysfunction in patients with different organic etiologies. *Urol Res.* 2001 Aug;29(4):278-81.
36. Becker AJ, Uckert S, Stief CG, Truss MC, Machtens S, Scheller F, Knapp WH, Hartmann U, Jonas U. Possible role of human growth hormone in penile erection. *J Urol.* 2000 Dec;164(6):2138-42.
37. Zhang XS, Wang YX, Han YF, Li Z, Xiang ZQ, Leng J, Huang XY. Effects of growth hormone supplementation on erectile function and expression of nNOS in aging rats. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2005 May;11(5):339-42.
38. Jung GW, Spencer EM, Lue TF. Growth hormone enhances regeneration of nitric oxide synthase-containing penile nerves after cavernous nerve neurotomy in rats. *J Urol.* 1998 Nov;160(5):1899-904.
39. Wessells H, Levine N, Hadley ME, Dorr R, Hruby V. Melanocortin receptor agonists, penile erection, and sexual motivation: human studies with Melanotan II. *Int J Impot Res.* 2000 Oct;12 Suppl 4:S74-9.
40. Wessells H, Fuciarelli K, Hansen J, Hadley ME, Hruby VJ, Dorr R, Levine N. Synthetic melanotropic peptide initiates erections in men with psychogenic erectile dysfunction: double-blind, placebo controlled crossover study. *J Urol.* 1998 Aug;160(2):389-93.
41. Rosen RC, Diamond LE, Earle DC, Shadiack AM, Molinoff PB. Evaluation of the safety, pharmacokinetics and pharmacodynamic effects of subcutaneously administered PT-141, a melanocortin receptor agonist, in healthy male subjects and in patients with an inadequate response to Viagra. *Int J Impot Res.* 2004 Apr;16(2):135-42.
42. Carmichael MS, Warburton VL, Dixen J, Davidson JM. Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987 Jan;64(1):27-31.
43. Burri A, Heinrichs M, Schedlowski M, Kruger TH. The acute effects of intranasal oxytocin administration on endocrine and sexual function in males. *Psychoneuroendocrinology.* 2008 Jun;33(5):591-600.

Il convient tout d'abord d'éviter les causes de la dysfonction érectile

44. Solomon H, Samarasinghe YP, Feher MD, Man J, Rivas-Toro H, Lumb PJ, Wierzbicki AS, Jackson G. Erectile dysfunction and statin treatment in high cardiovascular risk patients. *Int J Clin Pract.* 2006 Feb;60(2):141-5.

Le manque de désir sexuel : les causes et ce qu'il faut faire pour en sortir

45. Murphy MR, Checkley SA, Seckl JR, Lightman SL. Naloxone inhibits oxytocin release at orgasm in man. *J Clin Endocrinol Metab.* 1990 Oct;71(4):1056-8.
46. Carmichael MS, Warburton VL, Dixen J, Davidson JM. Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987 Jan;64(1):27-31.
47. Burri A, Heinrichs M, Schedlowski M, Kruger TH. The acute effects of intranasal oxytocin administration on endocrine and sexual function in males. *Psychoneuroendocrinology.* 2008 Jun;33(5):591-600.
48. Cantor JM, Binik YM, Pfaus JG. Chronic fluoxetine inhibits sexual behavior in the male rat: reversal with oxytocin. *Psychopharmacology (Berl).* 1999 Jun;144(4):355-62.
49. Thackare H, Nicholson HD, Whittington K. Oxytocin--its role in male reproduction and new potential therapeutic uses. *Hum Reprod Update.* 2006 Jul-Aug;12(4):437-48.
50. Filippi S, Vignozzi L, Vannelli GB, Ledda F, Forti G, Maggi M. Role of oxytocin in the ejaculatory process. *J Endocrinol Invest.* 2003;26(3 Suppl):82-6.

51. Munarriz R, Talakoub L, Flaherty E, Gioia M, Hoag L, Kim NN, Traish A, Goldstein I, Guay A, Spark R. Androgen replacement therapy with dehydroepiandrosterone for androgen insufficiency and female sexual dysfunction: androgen and questionnaire results. *J Sex Marital Ther* 2002;28 Suppl 1:165-73.
52. Reiter WJ, Pycha A, Schatzl G, Klingler HC, Mark I, Auterith A, Marberger M. Serum dehydroepiandrosterone sulfate concentrations in men with erectile dysfunction. *Urology*. 2000;55(5):755-8.
53. Nordmark G, Bengtsson C, Larsson A, Karlsson FA, Sturfelt G, Rönnblom L. Effects of dehydroepiandrosterone supplement on health-related quality of life in glucocorticoid treated female patients with systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity*. 2005 Nov;38(7):531-40.
54. Hackbert L, Heiman JR. Acute Dehydroepiandrosterone (DHEA) Effects on Sexual Arousal in Postmenopausal Women. *J Womens Health Gen Based Med* 2002 Mar;11(2):155-62.
55. Reiter WJ, Pycha A. Placebo-controlled dihydroepiandrosterone substitution in elderly men. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*. 1999;39(4):208-9.
56. Reiter WJ, Pycha A, Schatzl G, Pokorny A, Gruber DM, Huber JC, Marberger M. Dehydroepiandrosterone in the treatment of erectile dysfunction: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Urology*. 1999;53(3):590-4.
57. Reiter WJ, Schatzl G, Mark I, Zeiner A, Pycha A, Marberger M. Dehydroepiandrosterone in the treatment of erectile dysfunction in patients with different organic etiologies. *Urol Res*. 2001 Aug;29(4):278-81.

L'absence de sensibilité sexuelle du pénis et de la peau : pourquoi, et comment y remédier ?

58. Travison TG, Morley JE, Araujo AB, O'Donnell AB, McKinlay JB. The relationship between libido and testosterone levels in aging men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006 Jul;91(7):2509-13.
59. Jannini EA, Screponi E, Carosa E, Pepe M, Lo Giudice F, Trimarchi F, Benvenega S. Lack of sexual activity from erectile dysfunction is associated with a reversible reduction in serum testosterone. *Int J Androl*. 1999 Dec;22(6):385-92.
60. Zhuravlev VN, Frank MA, Gomzhin AI. Sexual functions of men with obstructive sleep apnoea syndrome and hypogonadism may improve upon testosterone administration: a pilot study. *Andrologia*. 2009 Jun;41(3):193-5.
61. Gray PB, Singh AB, Woodhouse LJ, Storer TW, Casaburi R, Dzekov J, Dzekov C, Sinha-Hikim I, Bhasin S. Dose-dependent effects of testosterone on sexual function, mood, and visuospatial cognition in older men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Jul;90(7):3838-46.

Un manque de fermeté et de volume des érections : pourquoi, et comment y remédier ?

62. Becker AJ, Uckert S, Stief CG, Truss MC, Machtens S, Scheller F, Knapp WH, Hartmann U, Jonas U. Possible role of human growth hormone in penile erection. *J Urol*. 2000 Dec;164(6):2138-42.
63. Zhang XS, Wang YX, Han YF, Li Z, Xiang ZQ, Leng J, Huang XY. Effects of growth hormone supplementation on erectile function and expression of nNOS in aging rats. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2005 May;11(5):339-42.
64. Jung GW, Spencer EM, Lue TF. Growth hormone enhances regeneration of nitric oxide synthase-containing penile nerves after cavernous nerve neurotomy in rats. *J Urol*. 1998 Nov;160(5):1899-904.
65. Safarinejad MR, Hosseini SY. Salvage of sildenafil failures with brémélanotide: a randomized, double-blind, placebo controlled study. *J Urol*. 2008 Mar;179(3):1066-71.
66. Wessells H, Levine N, Hadley ME, Dorr R, Hruby V. Melanocortin receptor agonists, penile erection, and sexual motivation: human studies with Melanotan II. *Int J Impot Res*. 2000 Oct;12 Suppl 4:S74-9.
67. Wessells H, Fuciarelli K, Hansen J, Hadley ME, Hruby VJ, Dorr R, Levine N. Synthetic melanotropic peptide initiates erections in men with psychogenic erectile dysfunction: double-blind, placebo controlled crossover study. *J Urol*. 1998 Aug;160(2):389-93.
68. Rosen RC, Diamond LE, Earle DC, Shadiack AM, Molinoff PB. Evaluation of the safety, pharmacokinetics and pharmacodynamic effects of subcutaneously administered PT-141, a melanocortin receptor agonist, in healthy male subjects and in patients with an inadequate response to Viagra. *Int J Impot Res*. 2004 Apr;16(2):135-42.

L'absence d'éjaculation : pourquoi, et comment y remédier ?

69. Ishak WW, Berman DS, Peters A. Male anorgasmia treated with oxytocin. *J Sex Med*. 2008 Apr;5(4):1022-4.
70. Mantzoros CS, Georgiadis EI, Trichopoulos D. Contribution of dihydrotestosterone to male sexual behaviour. *BMJ*. 1995 May 20;310(6990):1289-91.
71. Hackett G, Cole N, Bhartia M, Kennedy D, Raju J, Wilkinson P. Testosterone Replacement Therapy with Long-Acting Testosterone Undecanoate Improves Sexual Function and Quality-of-Life Parameters vs. Placebo in a Population of Men with Type 2 Diabetes. *J Sex Med*. 2013 Apr 3. doi: 10.1111/jsm.12146.

L'éjaculation prématurée : pourquoi, et comment y remédier ?

72. Giuliano F, Clément P. Pharmacology for the treatment of premature ejaculation. *Pharmacol Rev*. 2012 Jul;64(3):621-44.
73. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: a randomized, double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment. *Eur Urol*. 2004 Oct;46(4):510-5.
74. McMahon CG. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride. *Int J Impot Res*. 1998 Sep;10(3):181-4.
75. Rivera P, González R, González F, Storme O. Use of paroxetine on-demand in premature ejaculation. *Actas Urol Esp*. 2005 Apr;29(4):387-91.
76. Krüger TH, Haake P, Haverkamp J, Krämer M, Exton MS, Saller B, Leygraf N, Hartmann U, Schedlowski M. Effects of acute prolactin manipulation on sexual drive and function in males. *J Endocrinol*. 2003 Dec;179(3):357-
77. Baltzar MT, Anholm C, Petersen CD. Hyperprolactinemia as cause of hypoactive sexual desire in men. *Ugeskr Laeger*. 2012 Jun 18;174(25):1745-6.

Une technique orientale

78. http://en.wikipedia.org/wiki/Taoist_sexual_practices.

Que pouvez-vous faire en tant qu'homme pour augmenter votre désir et votre puissance sexuels ?

79. Siepmann T, Roofeh J, Kiefer FW, Edelson DG. Hypogonadism and erectile dysfunction associated with soy product consumption. *Nutrition*. 2011.
80. Shultz TD, Howie BJ. In vitro binding of steroid hormones by natural and purified fibers. *Nutr Cancer*. 1986;8(2):141-7.
81. Esposito K, Giugliano F, Maiorino MI, Giugliano D. Dietary factors, Mediterranean diet and erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2010 Jul;7(7):2338-45.
82. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, De Sio M, Giugliano G, D'armiento M, Giugliano D. Mediterranean diet improves erectile function in subjects with the metabolic syndrome. *Int J Impot Res*. 2006 Jul-Aug;18(4):405-10.
83. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, D'Armiento M, Giugliano D. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Jun 23;291(24):2978-84.
84. Khoo J, Piantadosi C, Duncan R, Worthley SG, Jenkins A, Noakes M, Worthley MI, Lange K, Wittert GA. Comparing effects of a low-energy diet and a high-protein low-fat diet on sexual and endothelial function, urinary tract symptoms, and inflammation in obese diabetic men. *J Sex Med*. 2011 Oct;8(10):2868-75.
85. Lee AC, Ho LM, Yip AW, Fan S, Lam TH. The effect of alcohol drinking on erectile dysfunction in Chinese men. *Int J Impot Res*. 2010 Jul-Aug;22(4):272-8.
86. Vecchio M, Navaneethan SD, Johnson DW, Lucisano G, Graziano G, Querques M, Saglimbene V, Ruospo M, Bonifati C, Jannini EA, Strippoli GF. Treatment options for sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 Jun;5(6):985-95.
87. Khedun SM, Naicker T, Maharaj B. Zinc, hydrochlorothiazide and sexual dysfunction. *Cent Afr J Med*. 1995 Oct;41(10):312-5.
88. Kondoh N, Higuchi Y, Maruyama T, Nojima M, Yamamoto S, Shima H. Salvage therapy trial for erectile dysfunction using phosphodiesterase type 5 inhibitors and vitamin E: preliminary report. *Aging Male*. 2008 Dec;11(4):167-70.
89. Helmy MM, Senbel AM. Evaluation of vitamin E in the treatment of erectile dysfunction in aged rats. *Life Sci*. 2012 Apr 9;90(13-14):489-94. "à x plus de fermeté chez rats âgés.
90. Paulis G, Brancato T, D'Ascenzo R, De Giorgio G, Nupieri P, Orsolini G, Alvaro R. Efficacy of vitamin E in the conservative treatment of Peyronie's disease: legend or reality? A controlled study of 70 cases. *Andrology*. 2013 Jan;1(1):120-8.
91. Mahajan SK, Prasad AS, McDonald FD. Sexual dysfunction in uremic male: improvement following oral zinc supplementation. *Contrib Nephrol*. 1984;38:103-11.
92. Antoniou LD, Shalhoub RJ, Sudhakar T, Smith JC Jr. Reversal of uraemic impotence by zinc. *Lancet*. 1977 Oct 29;2(8044):895-8.
93. Campieri C, Ben Dardeff A, Prandini R, Borgnino LC, Scolari MP, Stefoni S. Improvement of impotence, taste and olfactory deficits in periodically hemodialyzed patients treated with zinc chloride]. *Minerva Nefrol*. 1980 Apr-Jun;27(2):377-82.

Traitement hormonal prescrit par un médecin

94. Baltzar MT, Anholm C, Petersen CD. Hyperprolactinemia as cause of hypoactive sexual desire in men. *Ugeskr Laeger*. 2012 Jun 18;174(25):1745-6.

SOURCES D'INFORMATION MÉDICALE

- **International Hormone Society** : www.intlhormonesociety.org
- **World Society of Anti-aging Medicine** : www.wosaam.ws
- **American Academy of Anti-Aging Medicine** : www.a4m.com
- **Formations Hertoghe Medical School** : www.hertoghe.eu/pro
- **Livres et DVD** : www.imbooks.inf
- **Clinique Dr Thierry Hertoghe** : www.hertoghe.eu
Tél. : +32 (0) 2 736 68 68 – E-mail : secretary@hertoghe.eu
Adresse : 7 avenue Van Bever, 1180 Bruxelles, Belgique