



LA DYSFONCTION ÉRECTILE

Cours du vendredi 11 octobre 2013 à 14:30 par Pr Hervé LEJEUNE

SOMMAIRE

DEFINITION

PHYSIOPATHOLOGIE

EPIDEMIOLOGIE

A - Épidémiologie analytique

B - Épidémiologie des diagnostic de pathologie générale découverts au cours d'une consultation pour DE

1 - Diabète

2 - Maladie cardiovasculaire

ETIOLOGIES

1- Les causes organiques

2 - Les causes psychogènes

3 - Arguments d'orientation

4 - Les facteurs protecteurs de la DE

5 - Pathologies croisées

DIAGNOSTIC

A - Interrogatoire

1 - Description du trouble

2 - Conséquences sur le désir et les activités sexuelles

3 - Histoire sexuelle

4 - Attitude de la partenaire

5- Recherche des fdr

6- Questionnaires (ex l'IIEF)

B - Examen clinique

C - Bilan biologique

PRISE EN CHARGE

A - Prise en charge non médicamenteuse

B - Traitement pharmacologique

1 - Traitement étiologique

2 - Traitements pro-érectile

3 - Traitements non médicamenteux

4 - La prise en charge psychosexologique

DEFINITION

Incapacité persistante ou récurrente à obtenir ou à maintenir une **érection permettant un rapport sexuel satisfaisant**

- Evoluant depuis au moins **3 mois** (à la différence de la « panne » sexuelle)
- Induisant une **souffrance** du patient ou du couple
- Le diagnostic se fait sur **l'interrogatoire**

PHYSIOPATHOLOGIE

Il peut y avoir différentes origines à la dysfonction érectile :

- **psychogène**
- **neurologique** : toutes les pathologies possibles d'interruption de l'influx nerveux entre le cerveau et la verge
- **vasculaire** : ce sont tous les facteurs de risques cardio-vasculaires (FDRCV) qui abiment l'endothélium
- **hormonale** : avec le rôle la testostérone, qui est l'hormone qui agit surtout sur le désir sexuel mais aussi sur la trophicité des nerfs ainsi que sur la verge
- **musculaire** : en particulier les maladies en rapport avec la qualité du tissu érectile (dans certains maladies le tissu érectile peut s'abîmer jusqu'à des fibroses des tissus caverneux qui font que les fibres musculaire de la verge se transforment en fibrose)

EPIDEMIOLOGIE

- Symptôme très fréquent avec une prévalence variable selon les populations étudiées et les critères de diagnostic
- Augmentation avec l'âge :
 - avant 40 ans 1 à 10% de dysfonction érectile
 - entre 40 et 50 ans 10 à 15% de dysfonction érectile
 - entre 50 et 60 ans augmentation nette malgré de grandes variations entres les études
 - 60-70 ans : 20 à 40%
 - >70 ans : entre 50 et 100%

Les variations sont surtout liées aux critères utilisés pour définir la DE

A - Épidémiologie analytique

Les facteurs de risques (fdr) de dysfonction érectile sont :

1. l'âge (5x plus de DE chez les 50-60 ans, 10x plus chez les 60-70 et 20x plus chez les 70-80 ans que chez les 30-40 ans) ¹ _
2. les FDRCV : cardiopathie x2, HTA x1,5 HDL bas x4, diabète x3,5 tabac x2 ² _
3. les fdr non vasculaires : dépression x3, prostatisme x2, chirurgie pelvienne x6, mauvais état général x2 ³ _
4. les Fdr liés à l'environnement : faibles revenus x2, stress émotionnel x3, absence de plaisir dans la vie x2, absence de partenaire x1,5 ⁴ _

Au total ces facteurs de risque de dysfonction érectile sont imbriqués avec une fragilisation du patient par son état somatique.

Facteurs de risque des dysfonctions érectiles (3)

Souvent multiples



 P. Kessler La dy, fonction érectile Etienne Joly L'Esprit 2002 p 42

B - Épidémiologie des diagnostic de pathologie générale découverts au cours d'une consultation pour DE

1 - Diabète

Sur 129 patients venus consulter pour une dysfonction érectile ⁵ :

- 17% étaient diabétiques connus, le reste n'étaient pas supposé être diabétique
- Une glycémie à jeun a été réalisée qui a retrouvé :
 - 12% de patients avec une intolérance au glucose, ou « état pré-diabétique » (glycémie comprise entre 5,5 et 7 mmol/L)
 - 4,7% avec un diabète nouvellement découvert (glycémie à jeun > 7 mmol/l)

2 - Maladie cardiovasculaire

Selon les critères de Framingham le risque d'avoir un accident cardiovasculaire dans les 10 ans serait augmenté en cas de dysfonction érectile ⁶.

L'association avec l'angor a aussi été démontrée avec 49% de dysfonction érectile associée à une coronarographie pathologique avec dans 67% des cas la dysfonction érectile qui précédait l'angor ⁷.

La dysfonction érectile peut être un symptôme d'une maladie CV. Il faut donc faire un bilan CV.

Elle peut également être une pathologie sans lien CV.

Il faut donc faire la différence entre dysfonction érectile symptôme et dysfonction érectile maladie.

- Si la DE est une maladie on va la prendre en charge,
- si ce n'est qu'un symptôme il faudra en plus mettre en place des mesures de dépistage, prévention ainsi que des thérapeutiques spécifiques des pathologies associées.

ETIOLOGIES

1- Les causes organiques

Elles ont toujours un retentissement psychologique.

- métabolisme : diabète (représente 33% des causes organiques de dysfonction érectile), dyslipidémie, syndrome métabolique
- cardiologie : HTA, athérosclérose (infarctus, artériopathie, revascularisation coronarienne), médicaments à visée cardiologique (diurétiques, bêta-bloquants, anti-hypertenseurs centraux, inhibiteurs calciques, hypolipémiants, digitaliques, vasodilatateurs)

- neuro-psychiatrie : dépression, SEP, Parkinson, AVC, Alzheimer, épilepsie, trauma médullaire et les médicaments associés (anti-épileptiques, neuroleptiques, anti-dépresseurs)
- urologie : chirurgie pelvienne (Prostatectomie radicale), chirurgie vasculaire (Sympathectomie), radiothérapie pelvienne
- néphrologie : insuffisance rénale due à une intoxication globale avec asthénie et troubles hormonaux
- toxiques : alcool, tabac via athérosclérose, toxicomanie via trouble de l'intérêt
- tissulaire : fibrose du tissu érectile (Maladie de Lapeyronnie, Dupuytrain) qui se manifeste volontiers chez les diabétiques non équilibrés. Le premier signe de neuropathie diabétique est l'éjaculation rétrograde avant la dysfonction érectile.

2 - Les causes psychogènes

- événements de vie,
- angoisse de performance,
- anxiété, dépression,
- Conflits conjugaux,
- Ignorance de la sexualité, contraintes religieuses,
- Névroses caractérisées - Psychoses - Personnalités déviantes, Perversions (...)

3 - Arguments d'orientation

Organique

- Début progressif
- Disparition des érections nocturnes (qui sont des érections qui se produisent normalement pendant le sommeil paradoxal)
- Conservation de la libido
- Éjaculation à verge molle : pour éjaculer il n'y a pas forcément besoin d'avoir une érection très dure même si ça marche mieux car les corpuscules sensitifs sont plus facilement stimulés en érection
- Partenaire stable
- Personnalité stable à humeur normale
- Pas de facteur déclenchant

Psychogène

- Début brutal

- Facteur déclenchant psycho affectif ou relationnel
- Conflit conjugal
- Anxiété dépression
- Libido émoussée
- Absence d'éjaculation
- Variabilité des troubles selon les circonstances

4 - Les facteurs protecteurs de la DE

1. activité physique
2. minceur
3. Faible consommation d'alcool
4. pas de tabac

5 - Pathologies croisées

Il y a des associations entre dysfonction érectile et :

- **Obésité**, Syndrome **Métabolique**, (Diabète, maladies cardiovasculaires, Hypotestostéronémie)
- Maladies et facteurs de risque **cardiovasculaires** : AVC, Infarctus du Myocarde, Cardiopathie, HTA, Hypercholestérolémie, HDL Bas, Athérosclérose, Artériopathie périphérique.
- Troubles **mictionnels**
- **Dépression**
- ATCD d'avoir **abusé sexuellement** d'une femme

DIAGNOSTIC

A - Interrogatoire

1 - Description du trouble

- S'assurer qu'il s'agit bien d'un trouble de l'érection (vocabulaire, reformulation)
- Sévérité et intensité :
 - empêchement de la pénétration,
 - orgasme possible ou non,
 - cotation de la qualité de l'érection sur une échelle de 1 à 10

- Mode de début :
 - brutal (événement déclenchant ?)
 - ou progressif
- Durée d'évolution
- Circonstance de survenue :
 - Constant (problème qui se manifeste à chaque rapport),
 - variable (selon les partenaires, les activités -pénétration caresses fellation-)
 - masturbation
- Erections matinales
- Autres réactions sexuelles : douleurs, éjaculation, orgasme, désir sexuel (si désir émoussé il faudra doser la testostérone)

2 - Conséquences sur le désir et les activités sexuelles

- trouble du désir secondaire
- évitement

→ Lié au fait qu'en cas de DE on préfère regarder la télé que de faire une tentative ou on risque d'être frustré

3 - Histoire sexuelle

- couple
- partenaires
- ruptures
- périodes d'abstinence prolongée -> testostérone se met au repos, psychologiquement on hésite avant de se remettre en selle etc
- habitudes sexuelles

4 - Attitude de la partenaire

On va en tenir compte car elle pourra être :

- aidante (mais ça ne marche toujours pas malgré le fait qu'elle s'investisse)
- non intéressée (ça n'aidera pas si la femme n'est pas intéressée par le sexe)
- ne sait pas (n'en on pas parlé) : mais on ne sait pas si c'est parce que la femme n'est pas intéressée ou si elle n'ose pas par peur de le froisser
- critique : limite le patient se fait engueuler au cabinet

5- Recherche des fdr

- ATCD médicaux :
 - maladies CV,
 - diabète,
 - fdr CV : tabac, alcool, HTA
 - Troubles urinaires du bas appareil
 - Cancer

- Dépression
- Chirurgie
- Traumatismes
- Traitement médicamenteux
- Facteurs socio-économiques
 - Travail
 - Entourage familial
 - Vie sociale
 - Difficultés financières

6- Questionnaires (ex l'IIEF)

Ils sont surtout utilisés pour faire des études comme outil de recherche clinique (c'est ce questionnaire qui a été utilisé pour les IPDE5) ⁸ _

B - Examen clinique

- Examen génital
 - caractères sexuels secondaires,
 - virilisation,
 - organes génitaux,
 - Lapeyronie (on peut demander au patient de se prendre en photo en érection pour apprécier la courbure)
 - Toucher rectal
- Examen vasculaire
 - TA
 - pouls périphériques
- Examen neurologique

C - Bilan biologique

- Glycémie à jeun (avec dosage de l'HbA1c si diabète connu)
- Exploration d'une anomalie lipidique
- Testostérone (Biodisponible)

Les examens compliqués ne se font plus en première intention (pharmaco-écho Doppler pénien c'est à dire un écho Doppler pénien sous érection pharmacologique par injection intra caverneuse, Rigidimétrie nocturne ou avec stimulation visuelle mais on fait aussi bien avec un interrogatoire, le dosage de la prolactine qui ne se fait que si la première testostérone est basse associé dosage de FSH LH NFS, sans parler des explorations neurophysiologiques périnéales qu'on ne pratique quasiment plus)

PRISE EN CHARGE

A - Prise en charge non médicamenteuse

1. Correction des FDR et des comorbidités : FDRCV (HTA, tabac, alcool, cholestérol), diabète
2. Mesures hygiéno-diététiques
3. Prise en charge de la iatrogénie médicamenteuse (en relation avec le prescripteur).
Par exemple en temps que médecin sexologue on peut remplacer un bêta bloquant par un diurétique mais en s'assurant qu'il n'a pas été prescrit pour un trouble du rythme.

B - Traitement pharmacologique

1 - Traitement étiologique

- ttt androgénique des hypogonadismes
- ttt des hyperprolactinémies

2 - Traitements pro-érectile

1. **La yohimbine** qui est un placebo
2. **Les Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5)**
 - sildenafil : Viagra 25mg/50 mg/100 mg - demi-vie 6h - délai d'action 30 min
 - tadalafil : Cialis 10 MG/ 20 mg - demi-vie 36h - délai d'action 45 min
 - tadalafil quotidien : Cialis 2,5 mg/5 mg - pas de délai d'action (à prendre tous les jours)
 - vardenafil : Levitra 5/10/20 - demi-vie 6h
 - avanafil : Spedra 50/100/200 - demi-vie 8-9h - délai d'action 20 min

Mécanisme d'action : inhibe la dégradation du GMPc qui a été induit par l'effet du NO sur la cellule musculaire lisse.

Spécificité d'action sur l'érection par la localisation pénienne préférentielle de l'isoenzyme 5 et la spécificité d'action des molécules sur l'isoenzyme 5.

- à prendre 1h avant les rapports
- nécessite une stimulation sexuelle (apport de NO)
- Contre-indication : prise de dérivés nitrés et contre-indication de l'effort physique du rapport sexuel.

3. les injections de PgE1

- alprostadil injection intra caverneuse: Caverject®, 10ug 20ug - Edex® 10ug 20ug
- alprostadil voie intra-urétrale, PgE1 : Vitaros® 1000 ug

3 - Traitements non médicamenteux

- le **vacuum** (anglo-saxons)
- la **chirurgie vasculaire** surtout chez les grand traumatisés
- les **prothèses péniennes** quand vraiment rien ne marche plus
 - différents types : semi-rigides, malléables, gonflables
 - principal défaut : destruction des corps caverneux
 - complications : infections, dysfonctions, érosions, migrations

4 - La prise en charge psychosexologique

- Prise en charge de l'anxiété de performance
- Apprentissage et changement des scenario sexuels inadaptés
- Prise en charge des facteurs psychologiques personnels et interpersonnels,
- des conflits de couple,
- des troubles psychologiques et psychiatriques

BIBLIOGRAPHIE

Dysfonction érectile

Progrès en Urologie, Volume 23, Issue 9, July 2013, Pages 629-637

F. Giuliano, S. Droupy [View Abstract](#)

Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle

Progrès en Urologie, Volume 23, Issue 9, July 2013, Pages 811-821

F. Giuliano [View Abstract](#)

Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile

AIHUS Association Inter Hospitalo-Universitaire de Sexologie, 2010

<http://www.aihus.fr/prod/data/Aihus/Vie/recommandationsauxmedecins2010.pdf>

BIBLIOGRAPHIE

1. Braun et al. Int J Impotence Res 2000 ; 12 : 305-311 - Résultats portant sur les 4489 questionnaires complets évaluables sur 8000 patients interrogés ⇐
2. P. Bondil La dysfonction érectile Edition John Libbey 2003 p 55 ⇐
3. P. Bondil La dysfonction érectile Edition John Libbey 2003 p 55 ⇐
4. P. Bondil La dysfonction érectile Edition John Libbey 2003 p 55 ⇐
5. Sairam et al. BJU 2001 ;81 :68-71 ⇐
6. Roumegere et al. 2003 ; 44 : 355-359, Étude prospective comparative menée chez 315 hommes âgés de 35 à 75 ans ⇐
7. Montorsi et al. Euro Urol. 2003 ⇐
8. **Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle**, *Progrès en Urologie*, Volume 23, Issue 9, July 2013, Pages 811-821, F. Giuliano <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.006> ⇐