



# EXAMEN CLINIQUE ET PARACLINIQUE CHEZ L'HOMME EN SEXOLOGIE

Cours du vendredi 9 novembre 2012 à 17:00 par Pr Hervé LEJEUNE

## SOMMAIRE

### PRÉAMBULE

### I - EXAMEN CLINIQUE

#### A - Examen général

#### B - Examen uro-génital

### II - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

#### A - Biologie

#### B - Autres examens

#### C - Examens qui ne sont plus prescrits

### BIBLIOGRAPHIE

## PRÉAMBULE

La découverte d'une dysfonction érectile (DE) est souvent le premier signe d'une pathologie cardio-vasculaire (HTA, dyslipidémie) ou d'un diabète sous-jacent.

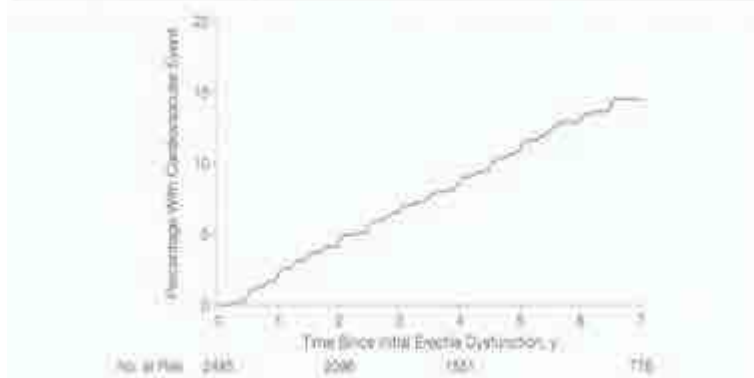
C'est donc l'occasion de faire un bilan de santé et c'est un bon moyen de faire entrer la DE dans le cadre de la médecine.

**Table 6.9** Medical diseases and risk factor for ED

Chronic disease	ED risk multiplied
Diabetes	4.1
Prostate disease	2.9
Peripheral vascular disease	2.6
Cardiac problems	1.8
Hyperlipidemia	1.7
Hypertension	1.6

Les DE sont peut-être liées aux pathologies cardiovasculaires mais elles sont quand même très très souvent multi-factorielles. Donc une fois qu'on a traité l'HTA, l'angor, le cholestérol, le diabète ou la dépression il faudra quand même s'assurer qu'il n'y ai pas un trouble de l'estime de soi sous-jacent.

**Figure.** Time to Any Cardiovascular Event From Initial Report of Erectile Dysfunction for Those With Incident Erectile Dysfunction and No Previous Cardiovascular Event.



At Risk: N = 2495; Number of cardiovascular events, 25%; 5-year estimate of cardiovascular events, 11%.

Des études ont montré que le premier événement cardiovasculaire a une chance croissante de se produire après la DE en fonction du temps.

## I - EXAMEN CLINIQUE

Un examen clinique est recommandé chez tous les patients consultants pour un trouble sexuel (accord professionnel fort) avec :

- Un examen uro-génital
- Un examen cardio-vasculaire
- Un examen neurologique orienté

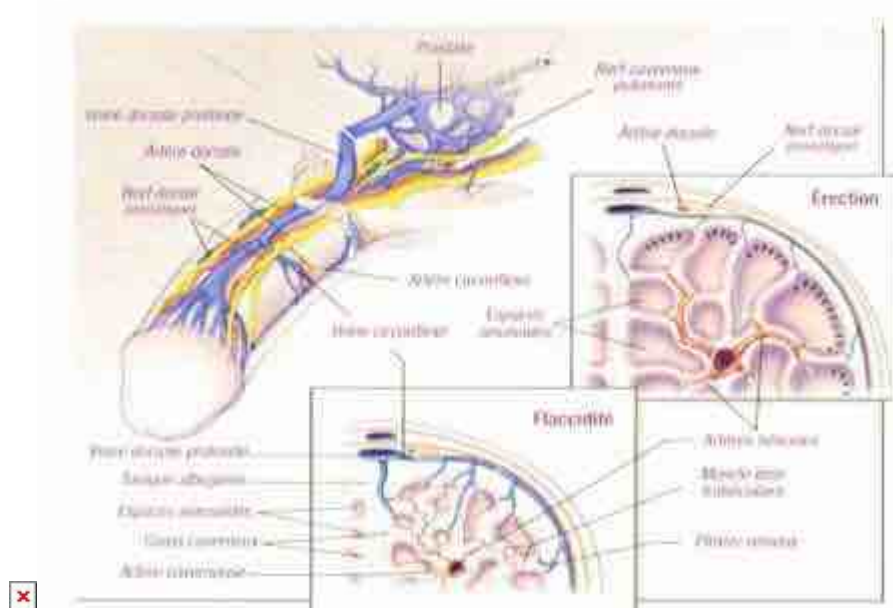
### A - Examen général

- Examen cardiovasculaire : Tension artérielle, pouls périphériques, fréquence cardiaque, souffle artériel
- Examen neurologique : Réflexes ostéotendineux et réflexe cutané plantaire, sensibilité des membres inférieurs (pieds+++), recherche d'une anesthésie en selle au moment du TR (évocateur d'une SEP)
- Mesure du périmètre abdominal à la recherche d'un syndrome métabolique

### B - Examen uro-génital

- Testicules (taille, consistance),
- Pénis :
  - recherche d'un phimosis
  - d'une maladie de La Peyronie qui correspond à une fibrose localisée dans les corps caverneux. Sur une verge flacide c'est dur à sentir mais ça fait comme une plaque fibreuse à la palpation, et en érection il y a une déviation avec un noyau fibreux dur à l'endroit de la déviation
  - ou autres anomalies morphologiques : Micropénis, Hypospade (rencontré dans des cas de déficit hormonal).

Figure 1 : Anatomie pénienne et mécanisme de l'érection [1]



Attention à ne pas confondre un micropénis (du à un déficit hormonal in utero) et une dysmorphophobie.

Ça ne sert à rien de mesurer la taille d'un pénis (sauf pour le pédiatre qui pourra introduire un traitement hormonal pour rattraper le coup), sauf à entraîner de la iatrogénie gratuite.

- Toucher rectal après 50 ans (à partir de 45 ans dans les cas d'antécédents familiaux de cancer de prostate) afin d'apprécier la taille de la prostate, une déformation, une douleur. Attention aux 10% des cancers de prostate qui sont PSA- et qui ne sont donc détectés que par le toucher rectal. Le discours actuel est de ne surtout pas sur-diagnostiquer et de ne pas sur-traiter car on a des problèmes importants de iatrogénie.
- Appréciation des caractères sexuels secondaires (pilosité, musculature, masse grasse)
- Examen des seins à la recherche d'une gynécomastie

Lorsque l'on a un patient qui a un problème qui semble vraiment psychogène et que celui-ci a un médecin traitant, il suffit de lui conseiller d'aller voir son médecin traitant pour l'examen clinique.

En général, le patient sera toujours content d'avoir eu au minimum un examen clinique avant qu'on lui donne une ordonnance avec le fameux Viagra(R) tant attendu...

## II - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

### A - Biologie

- Bilan général si absence de bilan récent (inférieur à 5 ans) ou point d'appel clinique : NFS, ionogramme sanguin, fonction rénale, bilan hépatique
- Bilan métabolique : glycémie à jeun, hémoglobine glyquée, bilan lipidique
- Dosage du PSA :

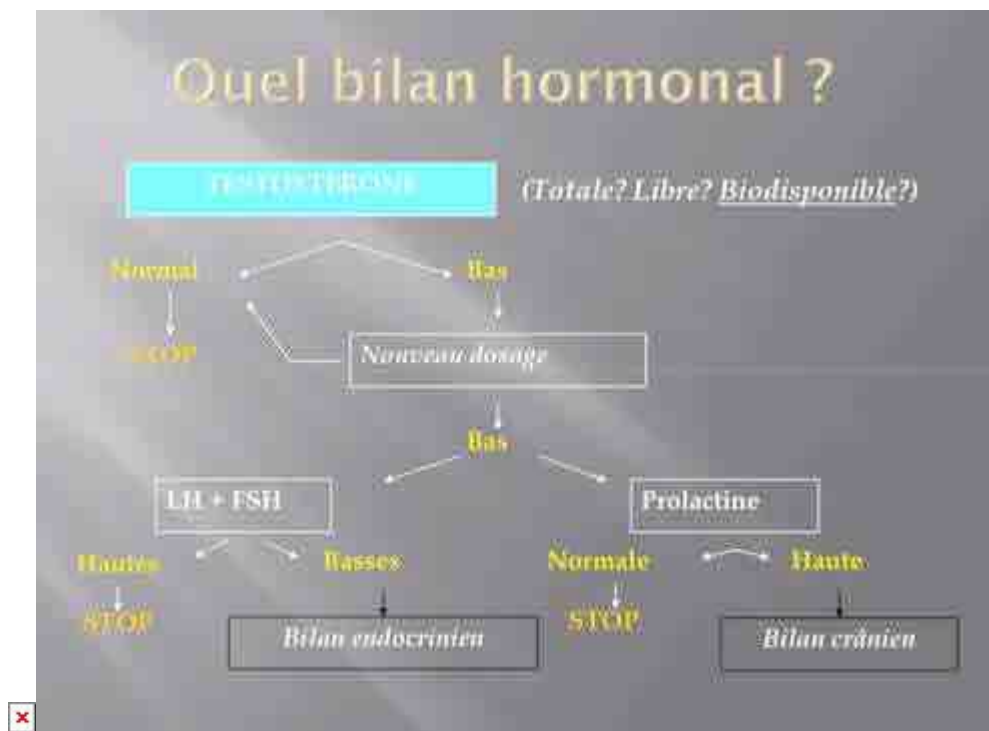
- L'HAS n'a pas retenu un dépistage de masse du cancer de la prostate <sup>1</sup>, mais l'Association Française d'Urologie (AFU) préconise un dosage individuel annuel du PSA total chez les hommes entre 50 et 75 ans <sup>2</sup>, et à partir de 45 ans en cas d'antécédents familiaux, a fortiori si l'on envisage une androgénothérapie, qui est formellement contre-indiquée en cas de cancer de la prostate.
- Tout dosage de testostéronémie doit être systématiquement couplé à celui du PSA. Ainsi, s'intéresser à la dysfonction érectile de l'homme de 50 ans, c'est permettre également la détection d'un cancer de la prostate.

La recherche d'un déficit androgénique biologique (dosage du PSA) est recommandée :

- chez les patients présentant des facteurs de risque (existence d'une maladie chronique, corticothérapie au long cours, antécédents de chirurgie herniaire, de cryptorchidie opérée, de cure de varicocèle ou d'orchidectomie, notamment pour cancer du testicule...)
- ou en cas de signes cliniques évocateurs :
  - diminution du désir sexuel,
  - diminution de la fréquence et de la qualité des érections nocturnes <sup>3</sup>,
  - troubles de l'éjaculation

Dosage de la testostéronémie totale chez l'homme de plus de 50 ans avec dosage de la testostéronémie biodisponible de préférence

- réalisé le matin entre 8h et 11h,
- suivi d'un contrôle 2 à 4 semaines après avec dosage de la LH si on a un premier dosage de la testostéronémie inférieur à la normale (due à la variabilité de la testostéronémie)
- Dosage de la prolactine liée associée si la testostérone est très basse
- On ne peut pas avoir une fonction sexuelle normale avec un taux de testostérone inférieur à 2 ng/mL. Si la testostéronémie est supérieure à 4 ng/mL, la fonction sexuelle sera toujours optimale.
- Entre 2 et 4 ng/mL c'est flou. On dira que c'est « un peu bas ».



## B - Autres examens

- Rigidimétrie nocturne : n'est guère plus faite mais permettait de déterminer, si le patient avait des érections nocturnes, que le problème se situait bien au niveau psychogène
- Doppler pénien : fait sur une verge en érection (pas facile). Les indications sont la consommation de tabac ou la présence d'une pathologie du métabolisme. Cet examen ne doit être prescrit que par un chirurgien vasculaire après avoir demandé son avis et il le couplera à un Doppler des gros troncs et des axes périphériques. En général, si les gros troncs sont bouchés la verge le sera également et dans ce cas lever l'obstacle sur les gros troncs ne suffira pas à revasculariser la verge correctement.
- Test d'ischémie : en cas de DE associé à 3 facteurs de risque cardiovasculaire.

## C - Examens qui ne sont plus prescrits

- L'injection intra caverneuse « test », couplée au Doppler
- La plethysmographie pénienne
- L'échographie pénienne
- La cavernométrie et la cavernographie
- Les potentiels évoqués neurosensoriels
- L'angiographie pénienne
- L'électromyographie des corps caverneux

Sauf bien sur dans des cas très spécifique (post-traumatique par exemple)

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. HAS avril 2012, Dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA : intérêt non démontré chez les hommes présentant des facteurs de risque ⇐
2. PSA : l'AFU défend le dépistage individuel annuel entre 50 et 75 ans ⇐
3. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile, AIHUS 2010 ⇐