



Prise en charge des dysfonctions érectiles consensus AIHUS 2010

Critères diagnostic d'une dysfonction érectile :

Repose sur l'interrogatoire et celui-ci doit confirmer la plainte du patient

Nécessite une écoute active, bienveillante et sans préjugés, respectant la confidentialité afin de permettre la mise en place d'un lien thérapeutique.

rechercher d'autres troubles sexuels:

- troubles du désir
- troubles de l'éjaculation (trop rapide, retardée, absente)
- douleurs lors des rapports (intromission, érection, éjaculation)
- il y a-t-il une malformation gênant la pénétration (maladie de Lapeyronie, déformation de la verge quand elle est en érection)
- avez-vous l'impression d'avoir une taille de verge insuffisante

l'association avec un autre trouble sexuel est fréquente, c'est un facteur de complexité pour la prise en charge

Caractérisation de la dysfonction érectile:

- dysfonction primaire, existant depuis le début de la vie sexuelle
- dysfonction secondaire

En dehors d'antécédents de traumatismes pelvi-périneaux, le caractère primaire d'une DE témoigne d'un problème complexe organique et /ou psychosocial et doit faire prendre avis auprès d'un spécialiste (psychosexologue)

Caractère inaugural ou réactionnel à un autre trouble sexuel

- **Survenue brutale** : il convient de rechercher une circonstance déclenchante en faveur d'une cause psychologique prédominante.

- **Survenue progressive** : pouvant orienter vers une cause organique
- **Le caractère permanent ou situationnel (exemple suivant le/la partenaire)**
- **La persistance d'érections nocturnes et/ou matinales qui évoque en premier lieu une origine psychologique**

le degré de sévérité de la DE

-----> délai entre l'apparition du trouble et la consultation .**Plus la durée est longue, plus la prise en charge sera difficile**

-----> par l'existence ou non d'une capacité érectile résiduelle, rigidité suffisante pour une pénétration

-----> par la possibilité d'érections provoquées

-----> par le maintien des érections nocturnes et /ou matinales spontanées

Une DE réactionnelle, situationnelle , associée à la présence d'érections spontanées ou provoquées de bonne qualité évoque un problème psychogène prédominant. Le maintien d'une capacité érectile résiduelle est à priori un facteur de bon pronostic et permet de rassurer le patient .

Interroger l'histoire sexuelle

- vie sexuelle antérieure
- existence d'éventuelles difficultés sexuelles lors des premières expériences ,ou à l'âge adulte , si antécédents d' agressions sexuelles ,notamment dans l'enfance .

Evaluation du retentissement de la DE

- s'enquérir de l'importance que le patient accorde à son trouble , parfois non proportionnel à la sévérité de la DE

- **pourquoi maintenant?**
- **Quelles sont les raisons qu'ils l'ont poussé à consulter (demande du partenaire ,nouvelle rencontre)**
- **préciser le contexte actuel affectif du patient et du couple et de rechercher un éventuel retentissement familial ou professionnel**

recherche des pathologies et facteurs pouvant favoriser ou aggraver la DE :

rechercher systématiquement les antécédents et/ou symptômes orientant vers une pathologie organique, mais aussi vers des problèmes psychologiques susceptibles de déclencher ou d'aggraver une DE (cercle vicieux) et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique:

- âge
- antécédents chirurgicaux abdomino-pelviens
- traumatismes
- irradiations
- diabète (équilibré, type 1 ou type 2), ses complications :
neuropathies,microangiopathies
- facteurs cardio-vasculaires
- insuffisance coronarienne, angor, insuffisance cardiaque
- HTA
- syndrome métabolique
- obésité
- alcool
- toxiques récréatifs
- sédentarité
- dyslipidémie
- affections neurologiques (Parkinson , SEP) ,traumatismes médullaires
- troubles mictionnels supérieur à 50ans avec HBP
- endocrinopathie (Hyperthyroïdie ,Hypothyroïdie,Addison)
- troubles du sommeil (apnée -insomnie)
- à connaître avant tout traitement ,un déficit androgénique associé à une DE

il est recommandé d'établir une liste exhaustive de tous les traitements pris par le patient afin d'établir leur pathogénie , même si le niveau de responsabilité de ceux -ci sont souvent faibles

- rechercher un signe évocateur de déficit androgénique (diminution désir,diminution du nombre et qualité des érections matinales et nocturnes ,une fatigabilité ,troubles de la mémoire ou de l'humeur) - - - La chronicité de certaines maladies , des traitements au long cours (corticothérapies prolongées)
- être à l'affût d'une maladie psychiatrique ,
- de tout l'environnement psychoaffectif et professionnel, social, environnemental dans le lequel le patient évolue
- être à l'affût d'une addiction
- d'un symptôme dépressif (DSMV): “au cours de ces derniers mois ,vous êtes-vous senti abattu ,déprimé ,désespéré diminution de l'intérêt et du plaisir,rechercher des épisodes dépressifs
- recherche d'une anxiété et anxiété de performance
- un trouble de la personnalité,d'identité sexuelle ,de genre .
- Interroger une éventuelle homosexualité

- recherche d'une psychose
- d'une paraphilie
- des événements de la vie plus ou moins marquants
- des conflits de couples, absence de communication ou conflit
- absence de partenaire
- un problème d'infertilité

Il est important de recueillir des informations sur la partenaire attitude, comportement, existence d'un trouble sexuel, santé mentale, physique, statut hormonal, mode contraceptif ménopause, la façon dont celle-ci est vécue.

L' examen clinique :

- doit être fait par un médecin et spécialiste suivant besoin recommandé chez tous les patients

- antécédents uro-génitaux: testicules, pénis (Lapeyronie), taille, antécédents d'hypospade
 - toucher rectal chez l'homme de plus de cinquante ans, si antécédents familiaux
 - présence de gynécomastie ou non
- antécédents cardiovasculaires: pouls -tension- pouls distaux – états des membres inférieurs- souffle cardiaque – troubles du rythme périmètre abdominal-si activité physique – monte les escaliers sans problèmes ou non
- examen neurologique

Examens complémentaires à adjoindre au bilan initial

- bilan essentiellement biologique:
- glycémie
- bilan lipidique
- NFS, lono, Créatinine, Bilan Hépatique
- recherche d'un déficit androgénique biologique recommandé chez les patients présentant des facteurs de risque (diabète- insuffisance rénale chronique, syndrome immunodéficientaire, corticothérapie au long cours)
- antécédents chirurgicaux herniaires, cryptorchidie, cure de varicocèle, orchidectomie, cancer testicule
- avec signes cliniques évocateurs : baisse du désir sexuel, dysérections nocturnes et matinales en fréquence et en qualité

pour certains praticiens, en dehors de tout signe d'appel ,un dosage systématique de la testotéronémie chez l'homme de plus de cinquante ans pourrait-être proposé

recommandations ANAES : PSA total chez les hommes de plus de cinquante ans et à partir de quarante cinq si antécédents familiaux ,si traitement par androgénothérapie envisagée et formellement contre indiqué en cas de cancers de la prostate

TSH -DHEA :si point d'appui clinique

Ce premier bilan d'intention semble nécessaire et suffisant dans la prise en charge du patient ,même si un diagnostic étiologique n'est pas toujours établi car la DE représente un dysfonctionnement sexuel , polyfactoriel et complexe

prise en charge d'une dysfonction sexuelle:

Il est important d'évaluer la demande réelle du patient ,de son couple, s'il ya couple ,de sa motivation à un éventuel traitement.

- Quelles sont les raisons qui l'ont poussé à consulter ?
- demande du partenaire?
- rencontre
- la demande pouvant aller du simple renseignement à une prise en charge complète et globale
- besoin de réassurance
- l'élimination d'une pathologie grave peut lui suffire

Le choix thérapeutique doit-être un choix expliqué partagé entre le thérapeute ,le patient et le partenaire

cette prise en charge se décline en plusieurs étapes :

Information sexuelle :

- physiologie de l'érection ,mécanismes des pannes ,celui de l'anxiété de performance,prévalence de la dysfonction érectile et l'évolution de la sexualité avec l'âge

rassurer ,dédramatiser, sans nier ,de la façon la plus adaptée à l'âge , à la demande en prenant compte du partenaire

Conseils et hygiène de vie :

- régime alimentaire
- sevrage du tabac
- autres substances récréatives
- lutte contre la sédentarité
- rééquilibrage ou changement éventuel de traitement en cours de nombreux traitements sont susceptibles d'avoir un effet délétère sur la libido,l'érection,l'éjaculation.Il faut évaluer avant tout changement le rapport chronologique essentiel (concordance avec un début de traitement,arrêt du symptôme à la fin de l'arrêt du traitement .Si les troubles sexuels sont apparus après l'initiation d'un traitement antihypertenseur chez le coronarien avéré ou potentiel ,comme le diabétique,la décision d'interruption d'un traitement n'est envisageable qu'après une évaluation cardio vasculaire par un cardiologue (ECG,épreuve d'effort)

Chez un sujet jeune hypertendu,sans facteurs de risque :

- le bêtabloquant peut-être arrêté si non poussée cardio-ischémique,et être remplacée par une autre molécule sans incidence sur la sexualité (IEC- inhibiteurs calciques-inhibiteurs de l'angiotensine 1et 2) sans avis cardiologique préalable
- l'arrêt des diurétiques et son remplacement par un antiHTA d'une autre classe pose moins de problèmes que celui des Bbloquants, l'avis cardiologique n'est pas indispensable si HTA non compliquée .
- Si l'arrêt de la dysfonction érectile est obtenue après l'arrêt du traitement incriminé,cela laisse présumer de sa responsabilité
- une difficulté particulière se pose pour les antidépresseurs car il ya une forte intrication entre la Dysfonction sexuelle et le syndrome dépressif (celui-ci entraînant une dysfonction sexuelle et la dysfonction sexuelle pouvant aggraver le syndrome dépressif) .
- **Si on ne traite plus la dépression, les problèmes ne peuvent se résoudre .La prise en charge est là aussi très complexe**

ATTENTION: Dans un syndrome dépressif ,il est d'autant plus important d'évaluer la sexualité antérieure

une information sur la possibilité de troubles sexuels et leur réversibilité ainsi qu'un suivi du patient sont également recommandés pour éviter l'arrêt spontané de ce traitement par le patient en cas de majoration ou d'apparition des troubles érectiles .

Il est intéressant de ce mettre en lien avec le psychiatre ,si le patient est suivi par celui-ci .

Le patient est suivi par un médecin généraliste ,la dépression est stabilisée (entre huit et neuf mois de rémission sans épisodes majeurs), le traitement semble avoir une responsabilité,un changement de molécule peut-être envisagé (moins délétère pour le patient) .

A noter qu'il faut surtout expliquer aux patient que c'est la réponse sexuelle qui est allongée.ON PEUT FAIRE LE CHOIX,SI NON PATHOLOGIE ASSOCIEE DE JOINDRE UN TRAITEMENT AUX IPDE5

pour les antipsychotiques aucun traitement ne doit être changé ou arrêté sans l'avis d'un thérapeute psychiatre .Il est nécessaire de se coordonner avec celui-ci ,car le patient ne parle pas toujours de sa sexualité

ATTENTION LE PATIENT PEUT INTERROMPRE SEUL SON TRAITEMENT

Intêret de discuter d'une éventuelle autre molécule moins délétère ou d'introduire un IPDE5 si psychose contrôlée et relation stable

Il est recommandé de prescrire un dosage de la prolactine (effet hyperprolactinémiant des neuroleptiques impliquant dysérection)

Traitement médicamenteux d'aide à l'érection

on redit l'importance d'impliquer la /le partenaire de façon active au choix du traitement

Il y a t-il intérêt de proposer un traitement en dehors d'un choix éclairé ?

---- > coût des IPDE5 ,peur irraisonnée de ces molécules ,et de la possibilité d'effets secondaires (anxiété,troubles gastrointestinaux, vertiges,tachycardie,céphalées,agitation,insomnies, dans 3 à 30 % des cas

Les Ipde5 facilitent la myorelaxation des fibres musculaires lisses intracaverneuses .L'excitation sexuelle libère du monoxyde d'azote qui active le GMPC au niveau de l'endothélium des corps caverneux .Le GMPC provoque la relaxation des fibres musculaires lisses et est dégradée par les phosphodiésterases 5 .Les IPDE5 inhibent ce processus en augmentant ainsi le GMPC

Il existe trois molécules non remboursées

sildénafil(Viagra) – tadalafil(Cialis)- vardénafil(Lévitra)

effets secondaires modérés : bouffées vasomotrices,céphalées, dyspepsie

NECESSITE DE RESPECTER LES CONTRE-INDICATIONS

hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients

- **dérivés nitrés** :potentialisation des effets antihypertenseurs (effets conjugués du tadalafil et des dérivés nitrés sur le monoxyde d'azote /GMPC
- **patients cardiaques pour qui l'activité sexuelle est déconseillée** .Evaluation par un cardiologue du risque potentiel de l'activité sexuelle chez ces patients ayant des antécédents
- **infarctus du myocarde au cours des 90 derniers jours**
- **angor instable ou présentant des douleurs angineuses pendant les rapports sexuels**
- **les patients ayant présenté une insuffisance cardiaque supérieure ou égale à la classe 2 de la classification NYHA (NewYORK ASSOCIATION) au cours des six derniers mois**
- **les patients présentant des troubles du rythme non contrôlés une hypotension artérielle (< 90/50 mn Hg) ou une hypertension artérielle non contrôlée**
- **les patients ayant eu un AVC au cours des 6 derniers mois**
- **le tadalafil est contre indiqué chez les patients ayant une perte de la vision d'un oeil due à une neuropathie optique ischémique non artéritique**
 - **attention aux interactions médicamenteuses (hypotension)**

- pour tous les patients pour qui il est intéressant de proposer un traitement ,il est recommandé de vérifier l'aptitude à pratiquer une activité physique

- > montée des marches d'escaliers (deux étages)
- > 20mn de marche /jour

Le patient est jugé inapte à l'activité sexuelle:

après un contrôle vasculaire, il est préférable d'envisager un programme de rééducation d'exercices physiques progressifs et de refaire une évaluation ultérieure

chez un patient actif asymptomatique avec peu ou pas de facteurs de risque cardiovasculaire les IPDE5 sont autorisés sans consultations cardiologique

chez un patient sédentaire et /ou + 3 facteurs de risque = pas d'IPDE5 sans avis cardio ,voir épreuve d'effort

les IPDE5 est le traitement oral de référence de la dysfonction érectile .Les prescripteurs doivent expliquer aux patients les modalités de prise

5 -10 -20 mg ;quand?

5 mg en prise quotidienne

qu'est ce que le couple est prêt à faire ?

Nécessité de maintenir une stimulation ,afin d'avoir une excitation adéquate

l'effet peut-être visible dès la première prise ,mais dont les résultats peuvent encore s'améliorer au fil du temps (4 à 6 essais)

il faut expliquer aux patients de ne pas se sentir obligés d'une relation sexuelle "parcequ'il y aura prise du comprimé ,ces traitements ont une plage d'efficacité d'au moins 4 à 5 h "sans précipitation "

le non accompagnement du traitement et de son explication est une des premières cause de son échec .

Traitements locaux en deuxième intention

Les traitements locaux ,sauf exception ne font pas partie d'une prise en charge de première intention

prostaglandines PGE1 : agent inducteur de l'érection par l'intermédiaire des récepteurs intracaverneux ,stimulation des fibres

musculaires lisses par augmentation des concentrations en AMPC

deux formes injectables EDEX -CAVERJECT disponibles en France (10 -20 ug)

les injections intracaverneuses de PGE1 permettent une érection dans 55 % à 93 % des cas

LES INDICATIONS DES IIC:

- contre- indications des traitements oraux
- échec au traitement oral
- chirurgie prostate (prostatectomie sans conservation des bandelettes vasculo-nerveuse ou vésicale (cystoprostatectomie totale)
- préférence du patient (car non remboursement des traitements oraux ,efficacité supérieure aux traitements oraux)
- les IIC de PGE1 sont remboursées dans certaines indications (formulaire médicaments d'exception)
- neuropathie diabétique avérée
- paratétraplégie
- exérèse colorectale -radiothérapie abdomen pelvienne
- cep
- séquelles chirurgie
- séquelles anévrismes de l'aorte
- traumatismes du bassin compliqués de troubles urinaires

risque d'effets secondaires:

- douleurs (début de traitement)
- hématome point de ponction
- érections pharmacologiquement prolongées voire priapisme fibrose locale des corps caverneux

Il faut respecter strictement les contre- indications avant instauration des traitements

- pathologies vasculaires
- si traitement anticoagulant
- il faut que le médecin soit suffisamment formé à cette technique en connaissant les effets secondaires
- un ou plusieurs tests sont indispensables en cabinet pour l'apprentissage et la recherche de doses efficaces
- informer les patients sur les effets secondaires (priapisme, nodules, déviation de la verge)
- nécessité surveillance régulière

Algorithme de la prise en charge

- faire participer de façon active le patient et son couple au choix des traitements, en discutant des bénéfices, risques, le coût, en fonction des besoins du patient et du couple.
- Une évaluation complète est souvent difficile en une seule consultation
- il faudra l'accord du patient et intégrer la partenaire au diagnostic et au traitement
- à la fin d'une évaluation médicale, sexuelle, psychosociale, le médecin généraliste, sans formation sexologique spécifique peut prescrire lui-même un traitement d'aide à la DE, s'il s'agit d'une DE sans troubles sexuels secondaires, isolée, dont l'ancienneté n'est pas un facteur de complexité avec une capacité résiduelle, au sein d'un couple motivé sans conjugopathie ou problème relationnel majeur

Le traitement aux IPDE5 hormis contre indication est proposé au premier plan

En cas d'échec au traitement oral, il est recommandé de réévaluer l'histoire de la DE et le fonctionnement sexuel du couple d'expliquer les modalités de prescriptions (répétition des essais quatre à six fois)

augmentation du dosage et diminution possible

réévaluer les interactions médicamenteuses

réétudier le contexte d'une conjugopathie

réévaluer le statut endocrinien, envisager une

androgénothérapie associée aux IPDE5 si déficit androgénique

de rechercher une maladie organique ou non méconnue à la première consultation

si persévérance de la situation, on passe au plan 2 (psycho-sexo, andrologie, IIC vacuum)

les troubles de l'érection

rappel

-difficulté à obtenir et à maintenir un degré d'érection suffisante pour permettre un coït

- le plus honteux ,le plus culpabilisant ,angoissant pour l'homme: parce que lié à l'image de sa virilité et donc de son identité**
- causes primaires : problèmes intrapsychiques profonds (répression sexuelle,relation trop intime avec la mère ,peur de l'intimité)**
- causes secondaires:d'origine circonstancielle (1ere relation inconfortable,peur d'être surpris ,crainte d'une paternité)**

prise en charge

- éliminer la peur de l'échec: le sujet atteint de dysfonction érectile deveint trop attentif à ses réactions.Il faut transformer le rôle habituel de spectateur en celui d'acteur**
- annihiler chez la femme les craintes éprouvées pour son partenaire**
- ne pas changer rapidement ,récompenser les efforts**
- conseiller pendant la première phase de traitement l'arrêt des jeux génitaux ,plutôt se concentrer sur ses sensations agréables (relaxation respiration,massages sensuels)**
- mettre l'accent sur la détente et le plaisir**
- chasser les idées obsessionnelles ,idées de performance**
- explorer les fantasmes**

anxiété – culpabilité envers performance sexuelle
rejet par la partenaire
centration sur soi-même

dysfonctions érectiles

retentissement symbolique

-----> menace au niveau du couple

- **confiance**
- **intimité** -----> **CONFLITS IMPORTANTS**
- **dominance**
- représentation du pénis au niveau culturel ,sociétal, symbolique

anxiété,frustration comme principal témoin
découragement

-----> modification de la perception de la conjointe
perçue comme principale témoin de la dysfonction (obstacle
supplémentaire à la confiance en soi)

méfiance , peur des illusions envers les autres ,
augmentation considérable de l'anxiété qui entraîne la
dysfonction ,

-----> entraîne un ensemble de difficultés dans le
couple (perte de confiance de la femme (manque de
séduction et d'apprentissage)

Master et Johnson: Il n'existe pas dans le couple
d'incompétence sexuelle à laquelle le/la partenaire soit
étranger : **c'est un problème de couple**

il faut travailler avec le couple ,les dysfonctions
entraînant rapidement un ensemble de problème chez
les deux partenaires

réponse sexuelle

-----> **explorer le moteur excitatoire**

-----> **intervenir sur les pensées négatives**

-----> **devenir égoïste et seulement se concentrer sur ses propres plaisirs**

-----> **refaire découvrir ses sensations**

-----> **relaxation**

-----> **quel mythes sur la sexualité masculine:
médias ,société**

-----> **quelles représentations de sa sexualité?**