



Dysfonctions érectiles

Thionville, le 10 octobre 2009

Dr BUSAC Jean-Claude
Maladies cardio-vasculaires
THONVILLE

Définition

La dysfonction érectile (DE)
(appelée jusqu'alors impuissance)
se définit comme l'impossibilité d'obtenir ou
de maintenir une rigidité suffisante pour
obtenir un rapport satisfaisant

Une durée minimale de ce trouble de trois mois
est communément admise
pour asseoir le diagnostic

(2ème consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles.
Lue et al. 2004)



-
- Panne sexuelle (stress, anxiété, fatigue) :
transitoire - ponctuelle
 - Evolution avec l'âge (essence vs diesel)

Fréquence

- En France :
 - 16 à 25% des patients
 - 32% des plus de 40 ans
 - 44% des plus de 45 ans
- Relation étroite avec FdR et maladies CV :
 - HTA
 - diabète (55% > 60 ans)
 - HTA + diabète : 80%
 - coronarien (++)
 - polyartériels méconnus

-
- Origine polyfactorielle :
 - syndrome dépressif réactionnel
 - origine iatrogénique médicamenteuse
 - peur de la rechute - stress
 - maternage de la conjointe - pb de couple
 - Dysérection :
 - organique
 - psychogène
 - les 2 (++)

A quoi ça sert ?

- Relations sexuelles épanouies
- "Baromètre" de la bonne santé de l'organisme
 - physique
 - psychique
- "La santé sexuelle est l'expérience du bien-être physique, psychologique et socioculturel relatif à la Sexualité... résultant de l'expression libre et responsable des capacités sexuelles"

-
- Baisse de la qualité de vie
 - Perte d'équilibre dans la vie intime → couple
 - Conséquences :
 - ↓ scores de santé générale, sociale et mentale
 - ↓ estime de soi
 - ↓ bien-être émotionnel
 - ↑ dépression (50%)

C'est pas pour les vieux !

- Etude suédoise :
 - sexualité des plus de 70 ans
 - 4 enquêtes (1971 - 1976 - 1992 - 2000)
 - 1506 adultes (946 femmes, 560 hommes)
- Questionnaires sur :
 - la fréquence des rapports sexuels
 - la satisfaction
 - l'existence de dysfonctions
 - leur attitude et sentiment vis à vis de la sexualité

□ Quels que soient les critères sélectionnés, on constate :

■ ↑ de la fréquence des rapports :

□ hommes mariés : 52 → 68%

□ femmes mariées : 38 → 56%

□ hommes non mariés 30 → 54%

□ femmes non mariées 0,8 → 12%

■ la raison de cessation de l'activité sexuelle était le plus souvent :

□ perte du partenaire

□ problèmes liés au partenaire (maladie - dysfonction - libido)

-
- ↑ rapports satisfaisants :
 - 40 → 57% chez les hommes
 - 35 → 52% chez les femmes
 - ↓ dysfonctions sexuelles :
 - troubles de l'érection
 - troubles de l'éjaculation
 - ↑ fréquence des orgasmes
 - attitude vis à vis de la sexualité devient de plus en plus positive :
 - 82 à 97% chez les hommes
 - 65 à 94% chez les femmes

Les idées évoluent

Augmentation,
tant en qualité qu'en quantité,
de l'activité sexuelle

Pourquoi la rechercher ?

- Premier signe :
 - d'une atteinte cardiovasculaire
 - d'un diabète
 - d'une dépression
 - d'une maladie neurologique
 - de troubles urologiques...
- Plus de 30 % des patients :
 - ignorent leur problème de santé sous-jacent
 - prise en charge : démarche de médecine préventive

-
- Seulement 25% consultent un médecin :
 - éducation, préjugés, sujet tabou
 - se dévoiler, sujet intime
 - médecin
 - Or il existe maintenant des traitements efficaces : les IPDE5
 - Buts : ↓
 - souffrance psychologique
 - insatisfaction existentielle

Comment survient une érection ?

- C'est un réflexe
 - dû à une stimulation :
 - physique
 - psychique (désir)
 - sensorielle
 - spontané :
 - érection matinale
 - sommeil paradoxal

-
- Au repos :
 - pas d'érection
 - sympathique
 - Stimulation :
 - dilatation des artères caverneuses
 - parasympathique
 - Ejaculation :
 - contraction du muscle bulbo-caverneux

Pour le médecin

- Poser la question
- Etre à l'écoute :
 - "je suis fatigué"
 - "je n'ai envie de rien"
 - "votre médicament, il n'a pas des effets secondaires ?"
 - "je ne le supporte pas..."
- Question "la main sur la porte"

Interrogatoire

- Date de début - évolution
- Intermittent - permanent
- Circonstances (masturbation...)
- Persistance ou non d'érections matinales
- Qualité de l'érection : dureté - durée
- Anomalie de l'éjaculation
- Anomalie morphologique de la verge
- Vie sexuelle antérieure
- Vie familiale - désir - plaisir

Ne pas confondre

- Troubles de la libido - désir - envie
- Troubles de l'éjaculation :
 - précoce
 - retardée
 - absente
- Anomalies lors des rapports :
 - douloureux
 - morphologie (maladie de La Peyronie)

Les maladies responsables



Atteintes cardio-vasculaires

- Sténoses athéromateuses (95 %)
 - diabète - dyslipidémie
 - HTA - tabac

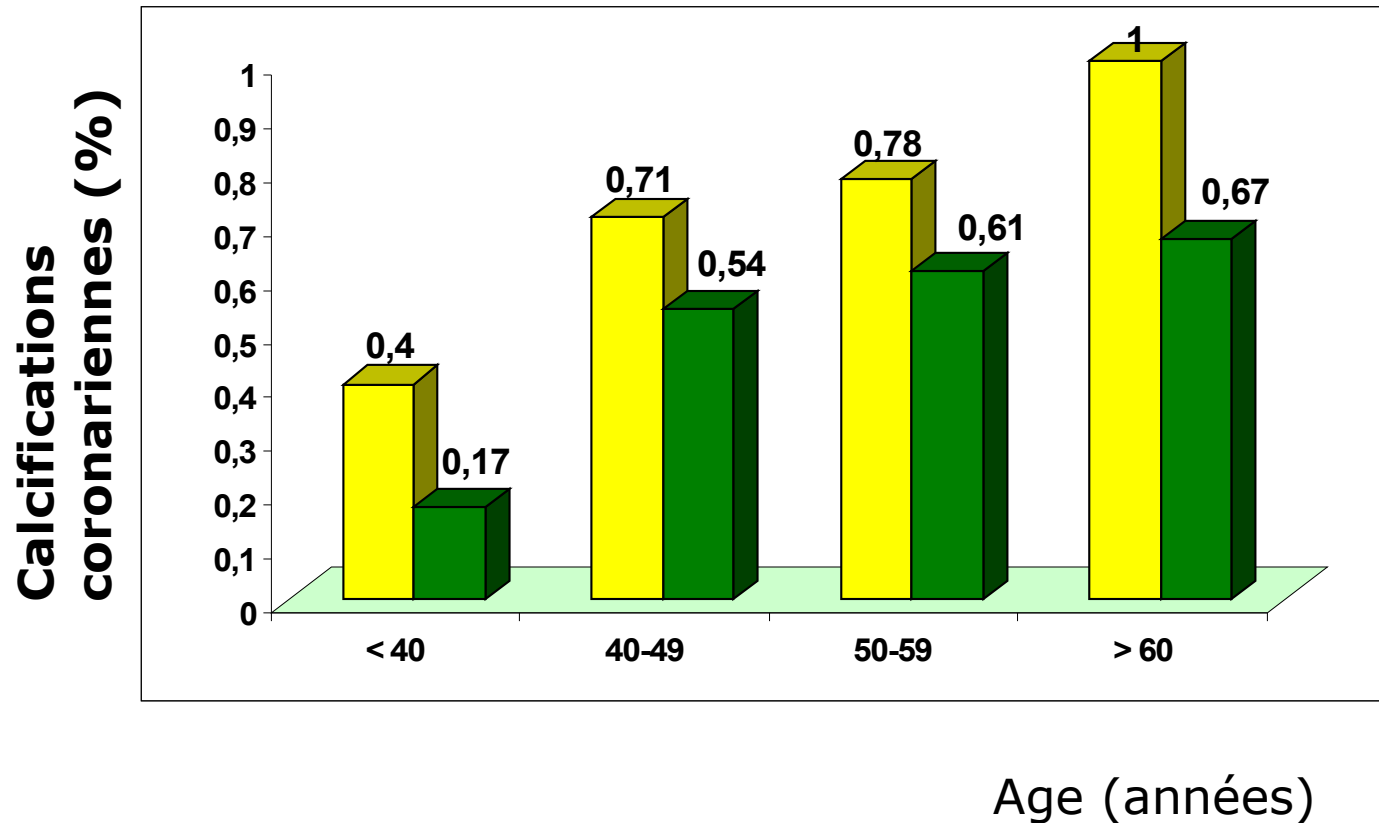
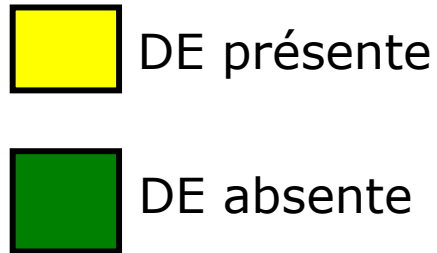
- Autres sténoses :
 - traumatiques
 - post-radiothérapeutiques
 - congénitales

- Fuites veineuses

DE et maladies vasculaires

- DE ↑ en cas de pathologie CV :
 - cardiopathie ischémique (38,1%)
 - atteinte vasculaire périphérique (56,8%)
 - population générale (18,6%)
- Sujets avec DE :
 - 33% risque CV intermédiaire ou élevé
 - 17 % HTA
 - 6 % angine de poitrine

Maladie coronarienne



Déficit androgénique

- Lors d'une maladie chronique (diabète, IRénC, corticothérapie...) - chirurgie scrotale...
- En cas de :
 - diminution du désir sexuel
 - diminution des érections nocturnes
- Dosage de testostérone

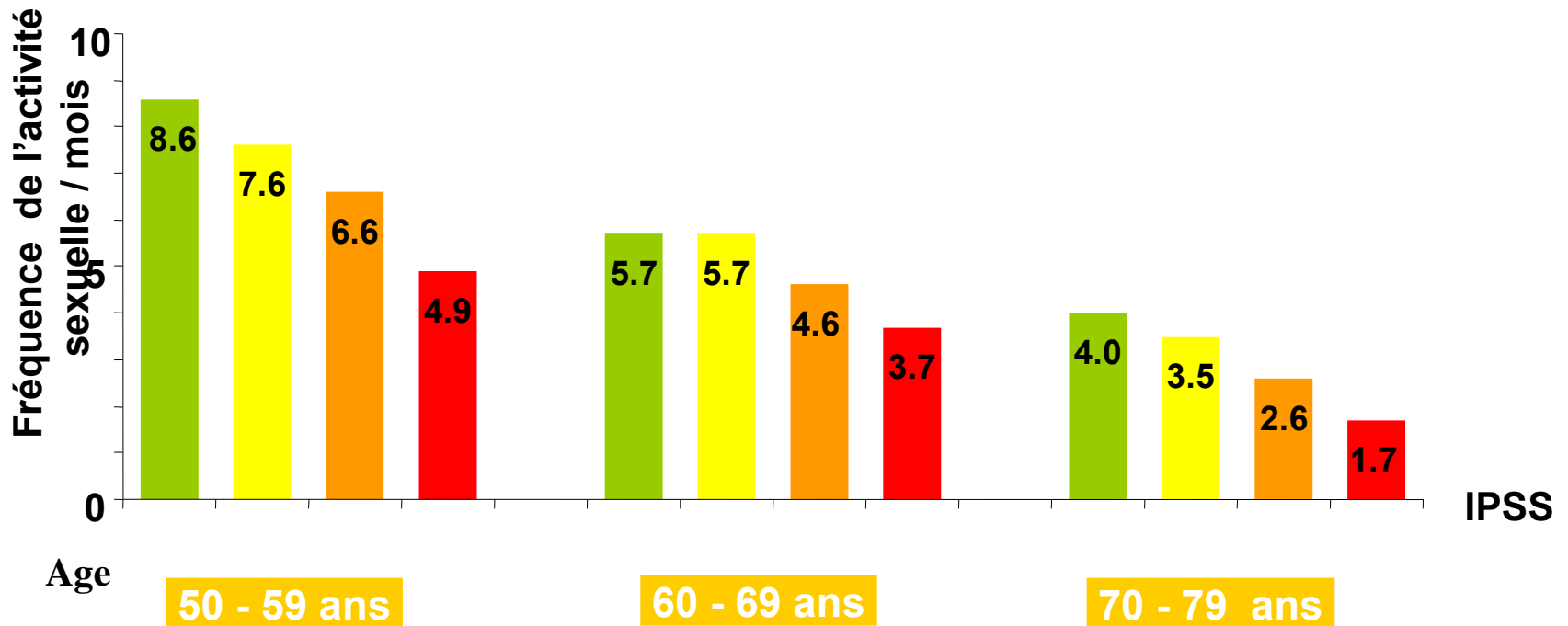
Autres endocrinopathies

- Hyperprolactinémie
- Hyperthyroïdie
- Hypothyroïdie

- Syndrome métabolique

Maladies urologiques

- ↑ des troubles urinaires :
 - ↓ activité sexuelle
 - ↑ DE
 - ↑ troubles de l'éjaculation
 - ↓ qualité de vie sexuelle



Troubles mictionnels

Aucun



Légers



Modérés



Sévères



Rosen R, Altwein J, Boyle P et al. Lower Urinary tract Symptoms and Male Sexual Dysfunction: The Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). *Eur Urol.* Vol 44, N°6, Dec 2002, 637-649.



□ Cancer de la prostate :

- fréquent - âge (50% avant 60 ans)
- prostatectomie : section des nerfs érecteurs
- curiethérapie

Maladies neurologiques

- Neuropathie du diabète (équilibre +++)
- Mais aussi :
 - maladie de Parkinson
 - épilepsie
 - sclérose en plaques
 - maladie d'Alzheimer
 - AVC
- Atteinte des nerfs érecteurs ou moelle
 - chirurgie - radiothérapie
 - traumatisme - compression

Maladies pneumologiques

- Apnées du sommeil

Les causes iatrogènes

Les médicaments

- Effet sur l'érection et la libido
- Mais est ce bien :
 - le traitement ou la maladie ?
 - très discuté (PCB / notice médic)
 - de très nombreuses drogues ont été jugées responsables de troubles érectiles souvent sans preuve scientifique irréfutable
- Chronologie (+++)

□ Action vasculaire :

- hypotenseurs : béta-bloquants ++, IEC
- diurétiques thiazidiques, spironolactone
- antiarythmiques
- digitaliques

□ Hypocholestérolémiant

- fibrates ++
- statines (?)

□ Impact hormonal :

- sur les androgènes : oestrogènes, antiandrogènes, spironolactone
- en augmentant la prolactine : cimétidine (ulcère), méthyl-DOPA (HTA)

□ Autres :

- antidépresseurs
- antipsychotiques
- antiparkinsoniens
- chimiothérapie antiK

-
- Théoriquement, une drogue ne peut être incriminée que si 3 critères sont présents :
 - l'impuissance ne préexistait pas à l'installation du ttt
 - il n'y a pas d'autre étiologie avérée de l'impuissance
 - l'arrêt du ttt entraîne la restauration d'une fonction érectile normale
 - Importance de la chronologie (+++)

	Nb de patients	% de patients ayant stoppé leur traitement
Antihypertenseurs	332	87%
Hypolipémiants	180	54%
Anti-diabétiques*	201	43%*
Anti-dépresseurs	62	73%

*y compris insuline

Lowentritt BH et al AUA 2004.

Le tabac

- Facteur de risque indépendant : x 2
- Etude sur des fumeurs avec DE fct nombre de cigarettes/jour :
 - > 40 cig/jour → érections nocturnes les plus faibles
 - tabagisme → ↓ anormale de la pression sanguine dans le pénis
 - les hommes qui se sont plaints de perdre leur érection avant l'orgasme ont complètement surmonté leur impuissance en cessant de fumer

Autres

- Alcool :
 - fréquence
 - quantité
- Drogue :
 - cannabis (++)
 - fréquence
 - quantité
- Habitudes alimentaires et régime éventuel

Les causes psychologiques

- Erection matinale ou nocturne normale
- Masturbation normale
- Début brutal
- Pas de cause
 - traumatisme
 - médicament

La dépression

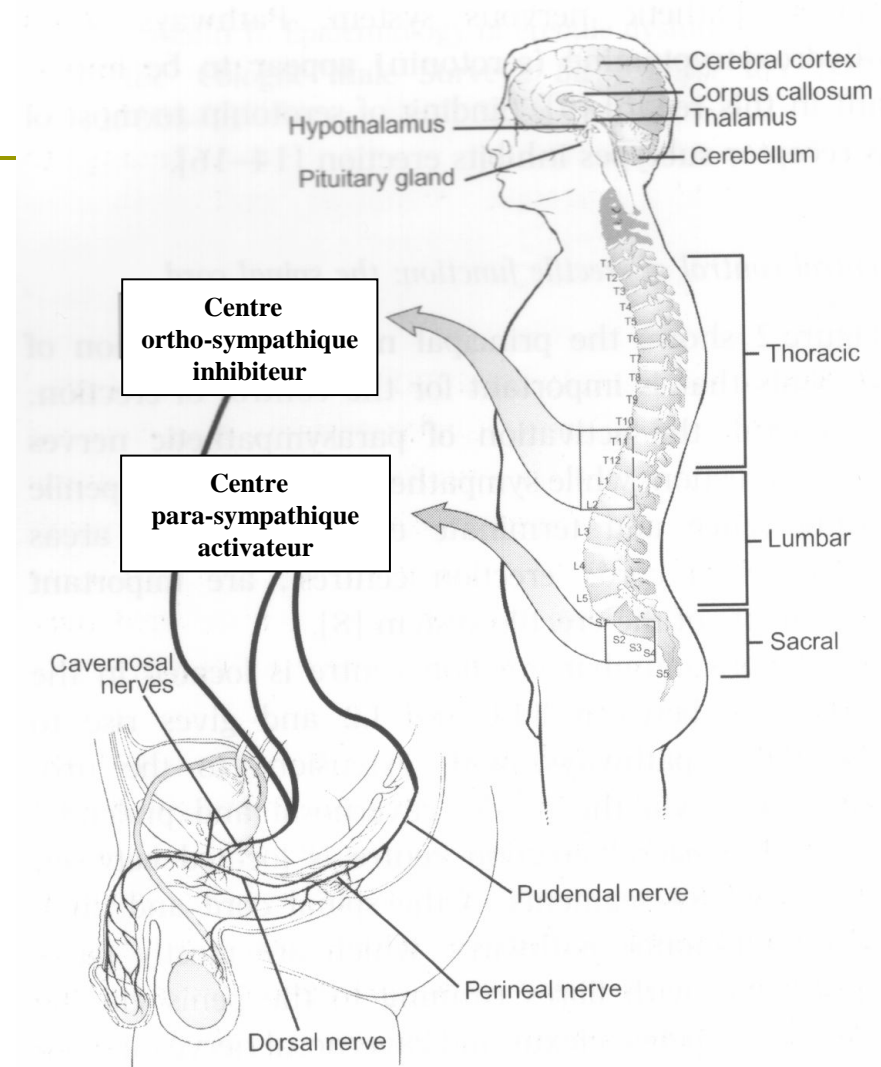
- Perte de libido et manque d'intérêt
- A l'inverse, la DE peut être responsable de l'état dépressif

L'anxiété de performance

- Panne sexuelle
- Rapport suivant : expérience redoutée
- Au lieu du plaisir sexuel →
 - vais-je avoir une érection ?
 - tiendra t-elle suffisamment longtemps ?
 - vais-je satisfaire ma partenaire ?
- Souvent apparition subite
- 1er rapport (quel que soit l'âge)
- Réaction de la partenaire

Le stress

- Activation du sympathique :
 - danger
 - anxiété
- → détumescence
- Cercle vicieux



Autres

- Manque d'intérêt : la routine - le quotidien
 - préoccupations professionnelles, financières...
 - manque de temps ("3' douche comprise")
 - fatigue (télé ↔ vacances)
 - → insatisfaction → ↓ rapports → tr érection
- Manque d'intimité - promiscuité
- Conjugopathie

-
- Importance de la partenaire :
 - frustration - reproches
 - attente de performance
 - absence de participation
 - inquiétude (plus désirable - autre partenaire)
 - DE "ciblée"
 - après un veuvage
 - transitoire
 - Homosexualité - éducation...

Age

- ↓ appétit - motivation - fréquence de l'activité sexuelle
- ↓ sensibilité du pénis
- ↓ volume de l'éjaculation,
- ↓ testostérone,
- ↑ troubles urinaires

Les examens complémentaires



Bilan biologique

- Glycémie, HbA1C
- Bilan lipidique
- NFS, ionogramme, créatinémie, bilan hépatique
- Testostéronémie, PRL (\pm), TSH
- PSA

Echodoppler

- Evaluation de l'ensemble du réseau artériel des membres inférieurs :
 - aorte sous-rénale
 - artères iliaques, fémorales, poplitées, jambières
 - mesure de l'index de pression résiduelle à la cheville
 - artères honteuses internes
 - artères dorsales
 - artères caverneuses

-
- Mesure de la pression artérielle systolique pénienne :
 - brassard adapté
 - calcul de l'indice de pression pénienne : IPP
 - normal : 0.92 - 1.2
 - $0.70 < \text{index} < 0.90$: atteinte artérielle significative, mais non exclusive
 - lésions significatives < 0.7
 - très efficace si association à des anomalies aorto-iliaques

Echodoppler après injection

- Papavérine, PGE1, Phentolamine,...
- Réponse clinique à l'injection
 - urologue
 - endocrinologue
- Enregistrement répété des flux au niveau de chaque artère caverneuse toutes les 5'

Mais...

- Aucun examen complémentaire ne permet de faire la part entre les différentes causes, y compris le doppler
- Déculpabilisation du patient

Le traitement



Les IPDE5

- VIAGRA (sildénafil)
- CIALIS (tadalafil)
- LEVITRA (vardénafil)

□ Excitation sexuelle

- → stimulation nerveuse
- → NO et GMPc
- → relaxation du muscle lisse intracaverneux
- → inactivation par phosphodiesterases

□ Inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 → érection

-
- ❑ Médicament à visée cardiaque
 - ❑ Nécessite une stimulation sexuelle
 - ❑ Pas d'échappement, d'accoutumance
 - ❑ Pas d'action sur la libido, l'éjaculation
 - ❑ L'effet est visible dès la première prise
 - ❑ Les résultats peuvent s'améliorer au fil du traitement

-
- A prendre une heure avant le rapport
 - Pas plus d'une fois par jour
 - Dosages :
 - Viagra : 25 - 50 - 100 mg
 - Cialis 10 - 20 mg
 - Lévitra : 5 - 10 - 20 mg
 - Ordonnance

□ Résultats : 70%

- jeunes = âgés
- traumatisme moelle épinière : 75 %
- diabète : 56 %
- psychogène : 84 %
- prostatectomie totale : 43 %

□ CI absolues :

- dérivés nitrés, immédiats ou retard, molsidomine, activateurs des canaux potassiques : chute TA jusqu'à 40mm Hg
- rétinite pigmentée
- insuffisance hépatique ou cardiaque sévère
- IDM ou AVC récent

□ CI relative :

- coronarien (bilan CV)
- toutes les pathologies pour lesquelles une activité sexuelle est à risque

□ Effets secondaires

- céphalées (16 %)
 - bouffées de chaleur (10 %), congestion nasale
 - troubles digestifs (7 %)
 - vision bleutée (inhibition PDE6)
- 1e intention : 50mg sauf > 65 ans, Irén -
IHép : 25 mg
- Prix : 38 à 54 €/4 cp - 76 à 105 €/8 cp

Autres produits

- Vasodilatateurs, alpha-bloquants, phlébotoniques
- Yohimbine
- Apomorphines
- Association CARLYTENE – FLOXYFRAL
- DHEA : forte corrélation inverse – mécanisme ?
- Testostérone : aucune efficacité

Injections intra-caverneuses

- Vasodilatateur
 - Edex® (alprostadil)
 - Caverject® / CaverjectDual® (alprostadil)
- Efficace même sans stimulation
- Ordonnance
- Remboursement SS :
 - paraplégie, neuropathie, SEP
 - K prostate - colon - vessie
- Priapisme

Hygiène de vie

- Arrêt :
 - tabac
 - alcool
- Perte de poids
- Reprise activité physique

Autres

- Vacuum
- Chirurgie
 - artérielle
 - morphologique
- Prothèses péniennes
- Sexottt

Risque CV de l'acte sexuel ?



Le patient tout-venant

- Sujet normaux, sans pathologie CV connue, âge moyen (30-50 ans)
- Activité sexuelle moyenne : 2 rapports/semaine
- Durée : 15 à 20 min
- Fc rarement $> 110/\text{min}$ pendant 15 s
- → 90 W :
 - montée de deux étages (un étage pour une partenaire habituelle !)
 - 20 minutes de marche par jour

□ Variations individuelles :

- Rappports clandestins (charge émotionnelle, activité inhabituelle)
- Rappports répétés et prolongés
- Alcool
- Drogues (« poppers »)

Que va faire le généraliste ?

- ❑ Reprise activité sexuelle = reprise activité physique modérée
- ❑ Aucun antécédent ou gêne fonctionnelle, pas ou peu de facteurs de risque, activité physique normale → aucun examen complémentaire, aucune limitation à la prescription des inhibiteurs PDE5
- ❑ Patient avec des facteurs de risque (diabète ++) ou sédentaire → EE souhaitable

Le patient coronarien

- ❑ Pas plus de risque d'IDM - Mort subite : 0.6%
- ❑ Récidive ischémique : dépistée par l'EE
- ❑ Stable : une activité physique (et sexuelle) est souhaitable → EE → négative → activité sexuelle et prescription
- ❑ Instable : la pratique d'une activité physique et donc sexuelle est déconseillée → contre-indication

-
- CI à moins d'un mois d'un accident aigu
 - Association aux DN → revoir ttt :
 - si indispensables : patient instable → CI
 - sinon : arrêt et nouvelle EE
 - En cas de crise angineuse :
 - CI DN
 - repos
 - SAMU - réévaluation coronarienne

Le patient hypertendu

- Conséquence du ttt ?
- Association IPDE5 et ttt : effet vasoplégiant ?

Le patient insuffisant cardiaque

- Même problème : reprise activité sexuelle
= reprise activité physique modérée
- Amélioration de la tolérance
fonctionnelle ?
- Ttt HTAP

Conclusion

- ❑ Ne pas attendre pour en parler
- ❑ Il y a des solutions
- ❑ Mais c'est difficile : "se mettre à nu"
- ❑ Participation de la partenaire
- ❑ Participation du médecin