

LA DYSFONCTION ÉRECTILE

Dr Jean Sédivy

La verge, comme le cœur,
sont des organes qui
remuent par eux-mêmes.

Aristote

L'érection est une préoccupation ancienne

Que le vent souffle !

Que frémissse la futaie !

Que les nuages s'amoncellent !

Que tombe la rosée !

Que ma puissance s'écoule comme l'eau de la rivière !

Que mon pénis soit bandé comme la corde d'une harpe

De sorte qu'il ne puisse sortir de son sexe !

Tablettes sumériennes Summa Alu (1900 - 1500 Av J.-C)

Définitions

- On ne parle plus **d'impuissance** :
 - Terme suranné (1654) qui désignait l'ensemble de tous les troubles sexuels masculins plus la stérilité masculine.
 - Terme péjoratif et dévalorisant parfois utilisé comme quolibet.
 - Ne correspond pas à la réalité physiopathologique du phénomène.

Définitions

- Pour l'urologue :

Incapacité persistante d'un homme à obtenir ou maintenir une érection pénienne suffisante pour permettre une relation sexuelle [*satisfaisante*] (?)

- Pour le sexologue : composante organique : entre 0 et 100%

- idem +
1. Comportement sexuel défectueux et modifié
acharnement ou évitement.
 2. Perturbations émotionnelles
perte de l'estime de soi, doute, culpabilité, honte, agressivité.
 3. Troubles de l'anticipation
projet sexuel, fantasmes.

composante psychique : 100%

- L'anxiété sexuelle *toujours* présente.

Cause ?

Conséquence ?

Psychique ou somatique ?

- Lorsque cette question était posée il y a une vingtaine d'années, les réponses variaient selon votre interlocuteur :
 - ▶ Pour les urologues : 80% de pathologie organique.
 - ▶ Pour les psychiatres : 100% de troubles psychologiques.
- Comment expliquer cette discordance ?
 - ▶ Chaque thérapeute a sa grille de lecture.
 - ▶ Chaque patient s'adresse à son thérapeute en fonction de sa spécialité, de son savoir (*ou refus de savoir*) et de sa qualité d'écoute.

Les enseignements de la saga du sildénafil

- Après des millénaires d'attente l'industrie pharmaceutique nous propose en 1998 une molécule *miracle* : le sildénafil
- Le fabricant démarché tous les médecins généralistes en les incitant à prescrire *larga manu*. Les sexologues sont ignorés...
- Peu de temps après les patients traités viennent consulter les sexologues en raison de l'inefficacité (?) du produit.
- On se rend compte alors, que derrière une érection il y a un **homme**.
- À côté de l'homme il y a une **partenaire**.
- Et qu'autour de ce couple il y a un **environnement**.

Bien définir le trouble

- Le patient est souvent imprécis et utilise des périphrases :
 - « *Ça ne marche pas* »
 - « *Ce n'est plus comme avant* »
 - « *Je suis fatigué* »
 - « *Je ne suis plus aussi performant* »
 - Le patient confond volontiers érection, désir, libido, éjaculation.
- 👉 Faire préciser avec un vocabulaire simple sans jargonner ni verser dans la vulgarité.

Comorbidité sexuelle

- Baisse de désir (36 % des cas)
- Éjaculation prématurée (21 % des cas) cause ou conséquence ?
- Difficultés orgasmiques (11 % des cas)

Épidémiologie

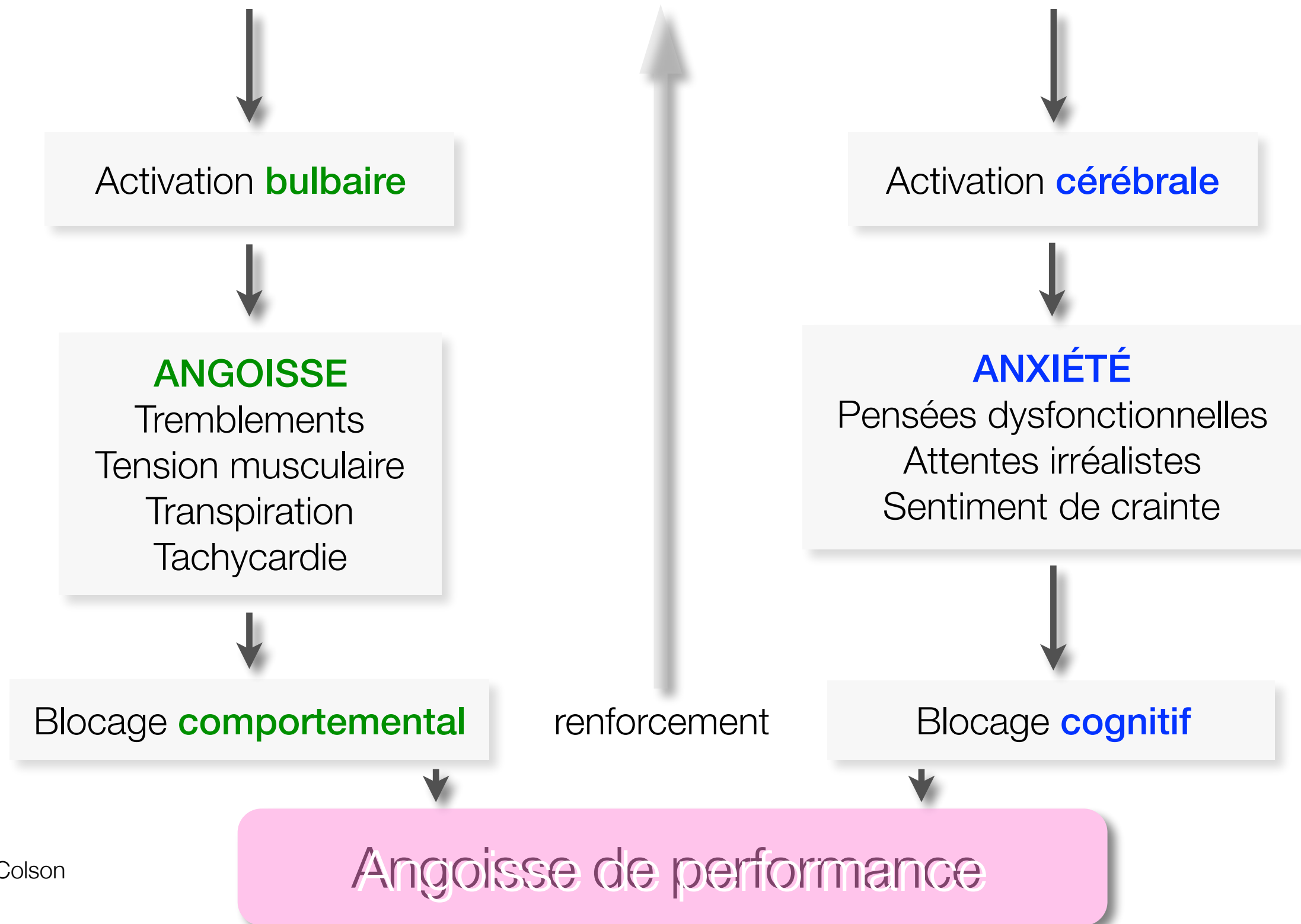
- Concerne 1 homme sur 3 après 40 ans.
- 2,2 à 3,3 millions d'adultes en France.
- Donc 4 à 6 millions de personnes concernées puisque le problème est vécu en couple.
- La fréquence et la sévérité augmentent avec l'âge.
- La prise en charge demeure encore nettement insuffisante.

Épidémiologie

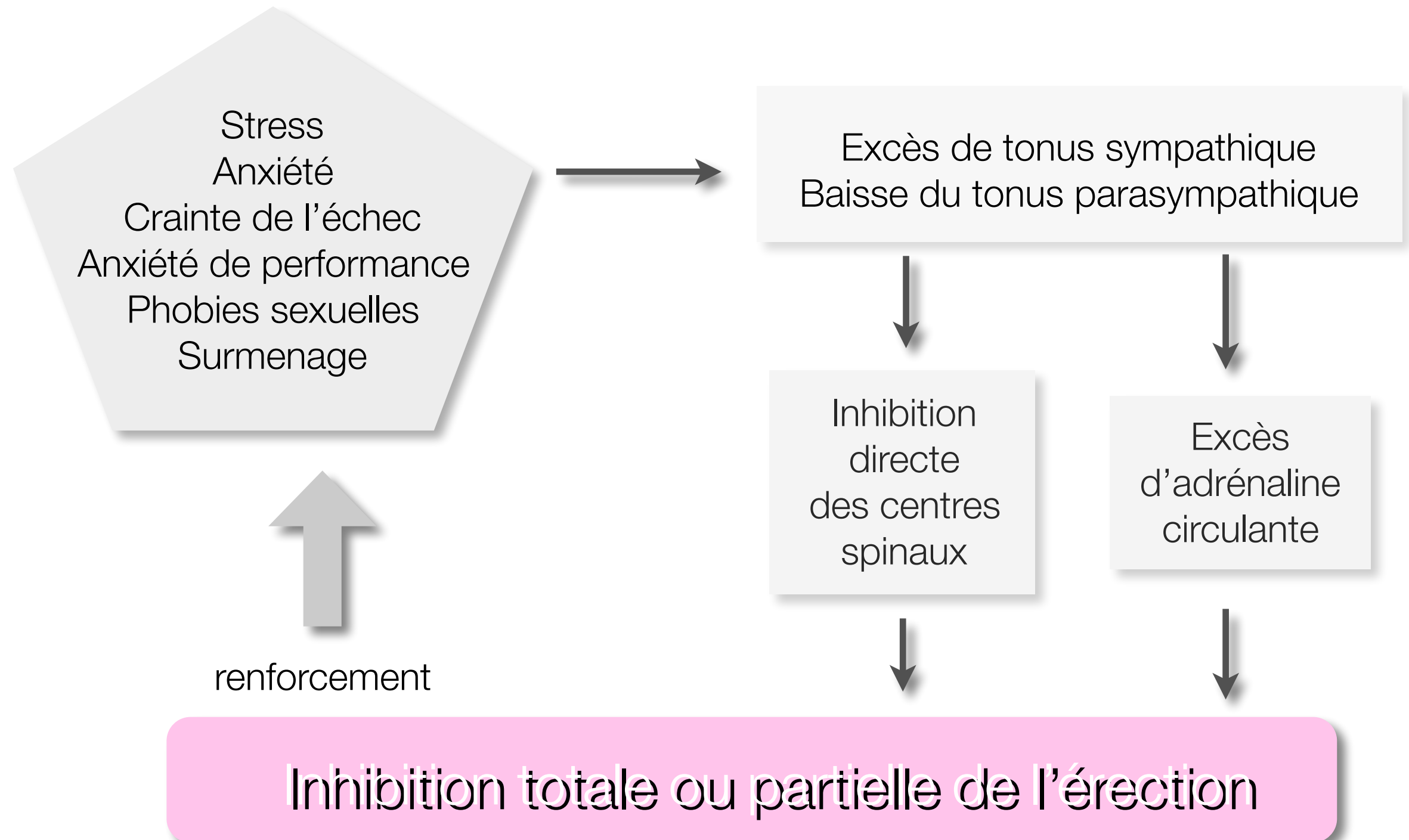
- La dysfonction érectile n'est pas une pathologie mineure :
 - Elle doit faire rechercher une pathologie sous-jacente en tant que marqueur de l'état de santé de l'homme.
 - Elle perturbe la vie de l'homme, du couple, de la famille.

Comportement de l'homme face à sa dysfonction érectile

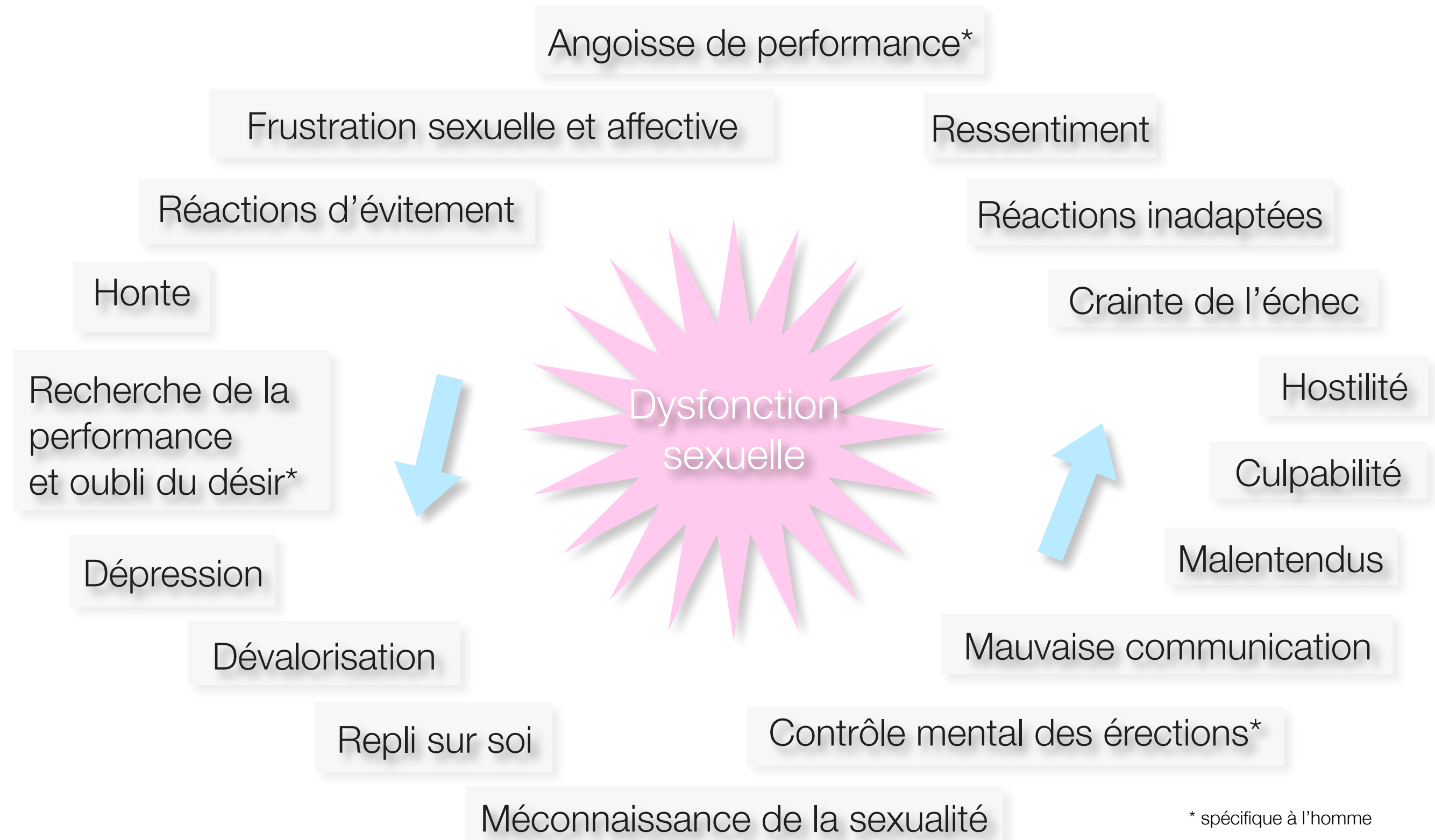
Anticipation pathologique

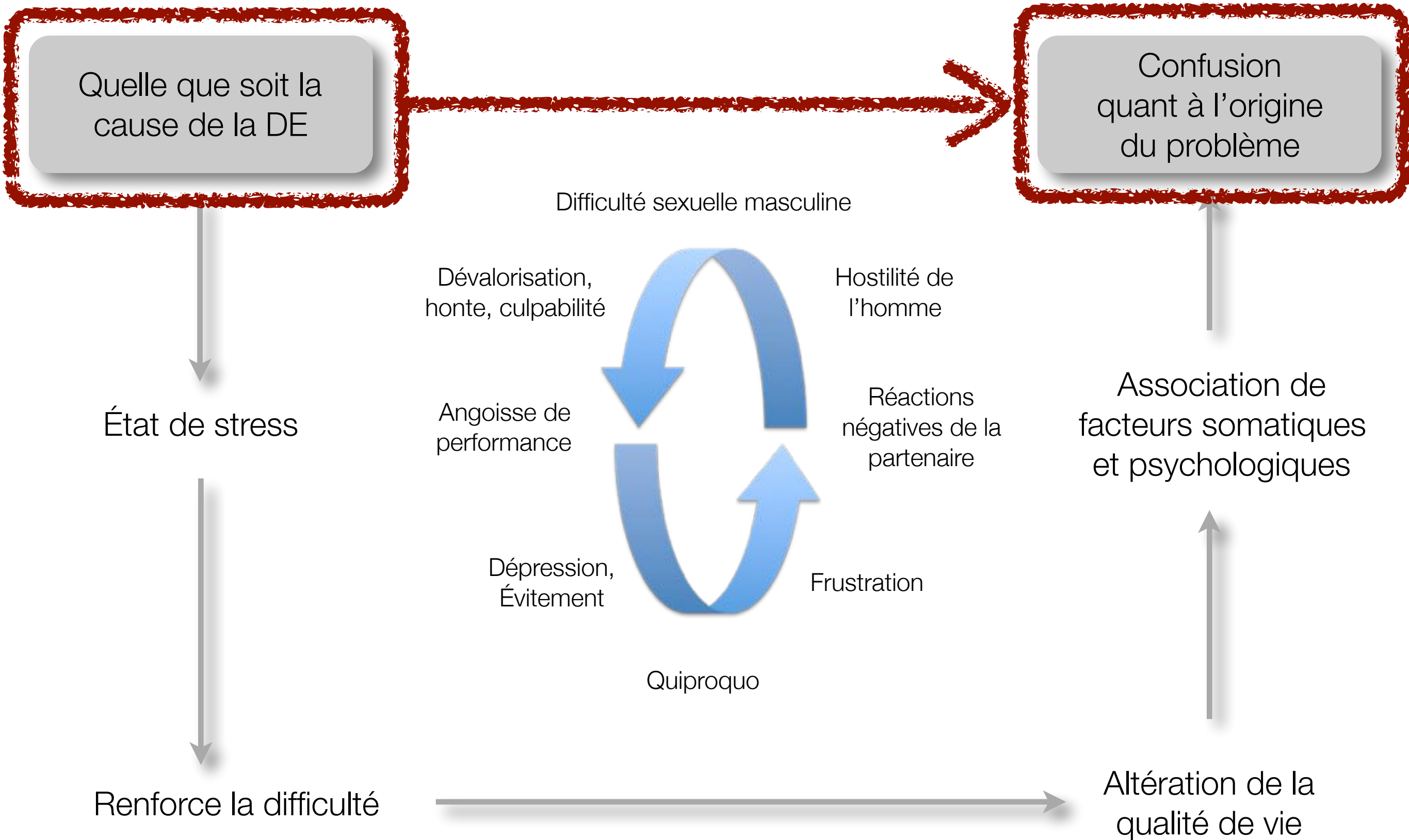


L'hypertonie adrénérergique



Le cercle vicieux physiopathologique





Réactions de l'homme face à une DE

ACHARNEMENT



ÉVITEMENT



L'acharnement

*Prendre sur soi
Être performant
Un corps qui doit fonctionner*

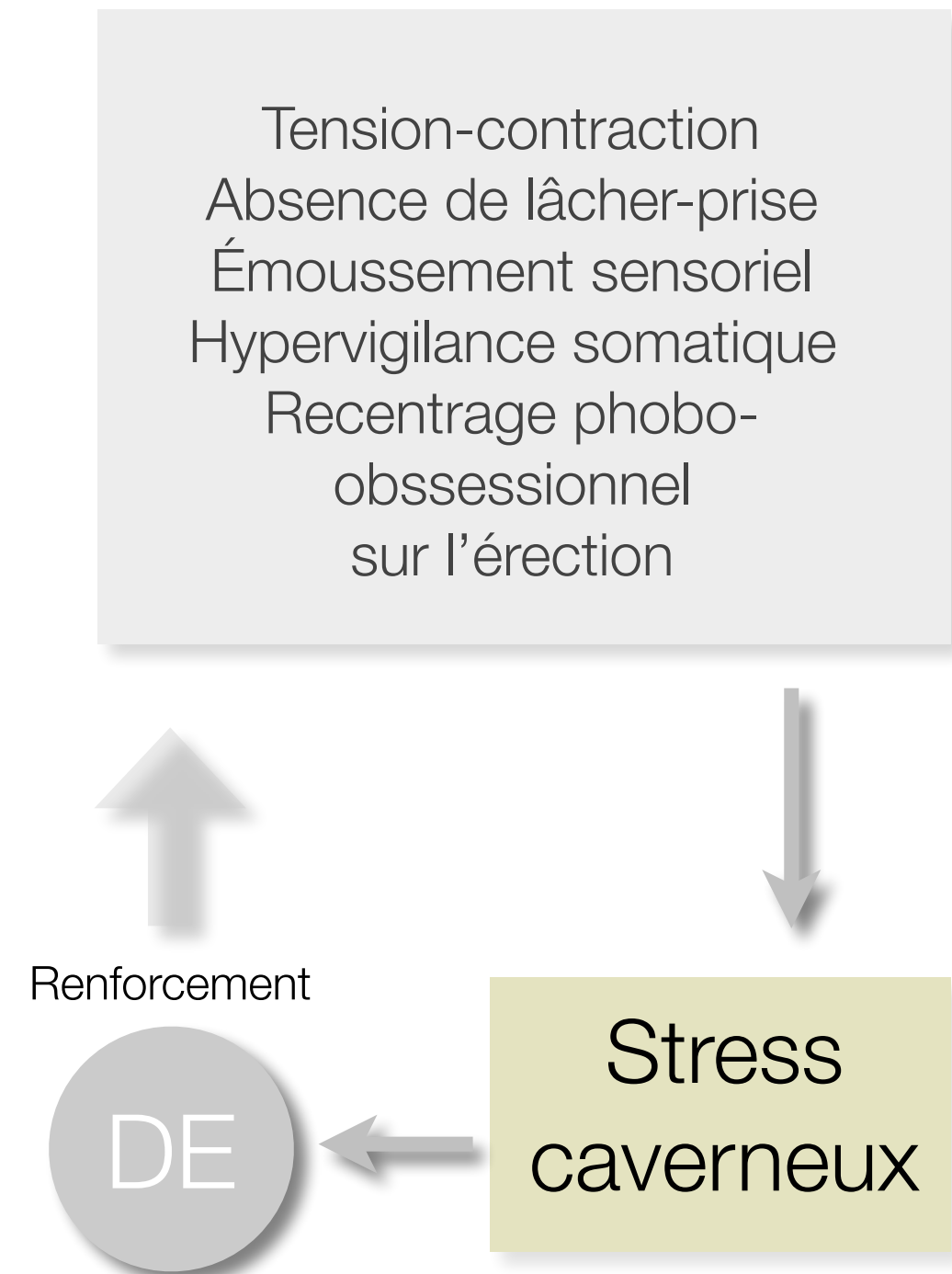
L'érection normale c'est 100%

*J'ai beau me concentrer,
je n'y arrive pas*

*Elle fait tout ce qu'elle peut,
mais «ça ne marche pas»*

*Ce qui est important,
c'est son plaisir à elle*

*J'ai essayé avec une autre,
ça ne marche pas non plus*



d'après M.-H. Colson

L'évitement

Me mettre à l'abri des tentations puisque je n'y arrive plus

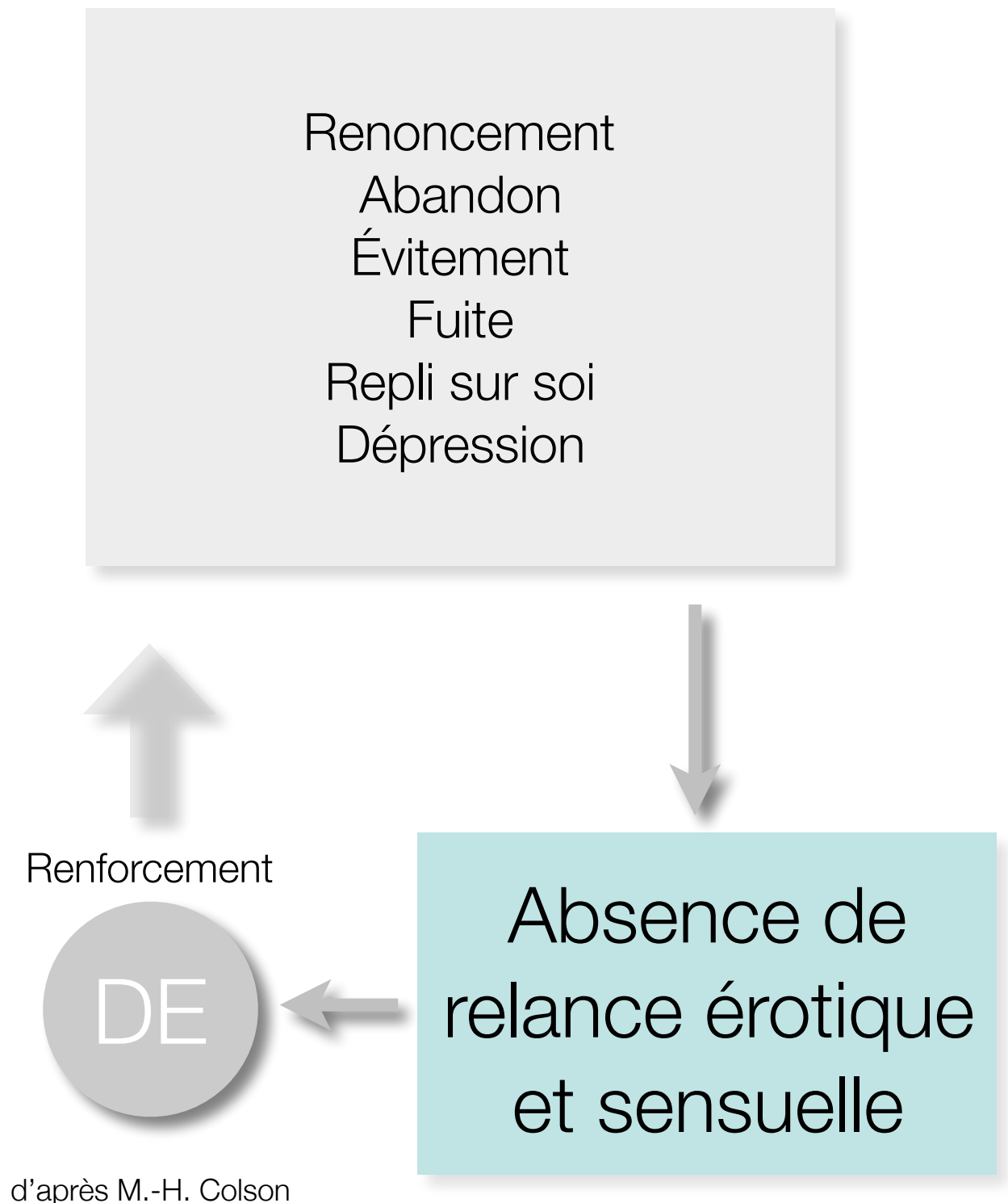
Je ne suis plus un homme

Je préfère rompre si je n'y arrive pas

Je n'ai pas eu d'érection : je n'en aurai plus jamais

Je sais que je n'y arriverai pas

Elle va me quitter puisque je n'y arrive pas



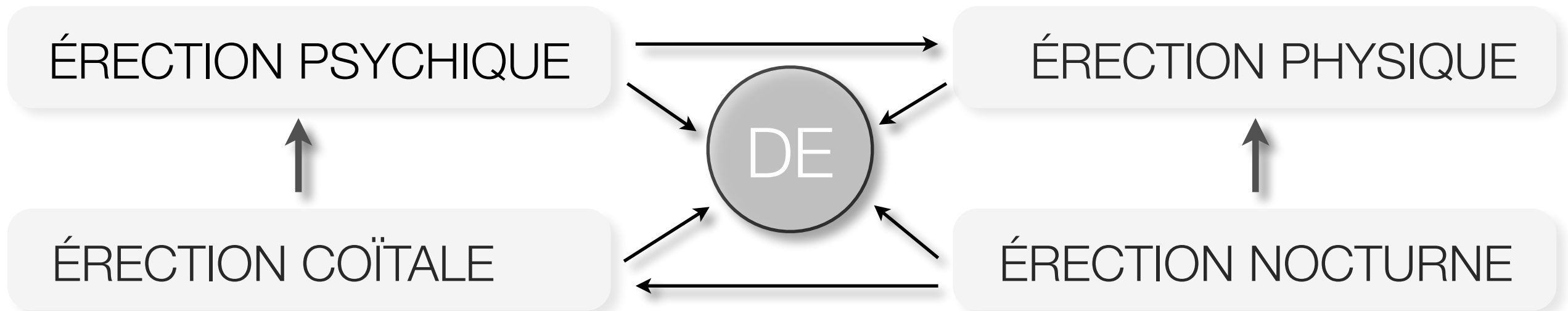
d'après M.-H. Colson

Étiologie des dysfonctions érectiles

Les facteurs de risque

Neuropsychiatrique : humeur (dépression)
Environnement : partenaires, socio-culturel
Mode de vie : surmenage, stress
Hormonaux (hypoandrogénie)
Iatrogènes
Toxiques : tabac, alcool, drogues

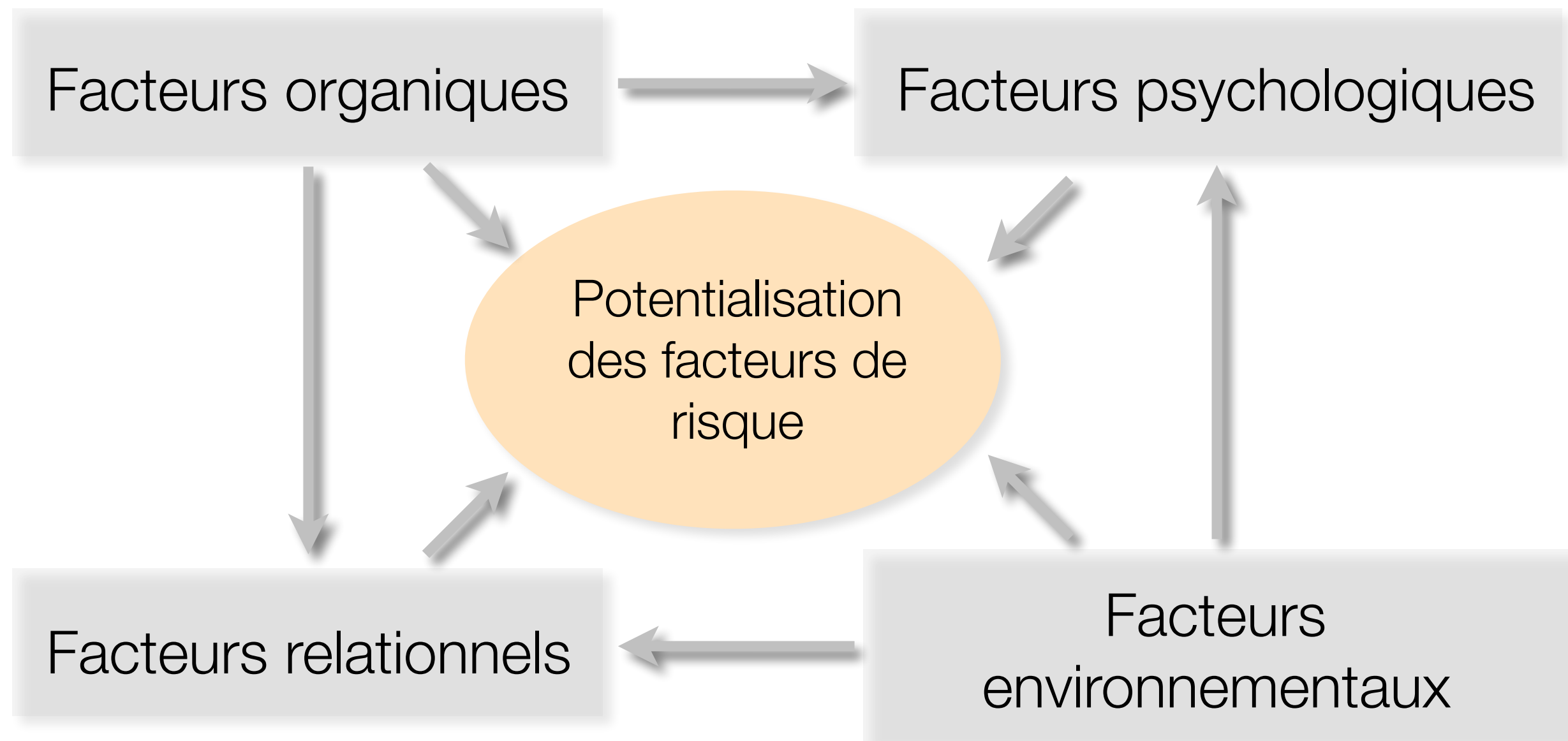
Vasculaires
Neurologiques
Traumatiques
Iatrogènes
Toxiques
Tissulaires
Hormonaux
Métaboliques



Courbure de la verge (M. Lapeyronie)
Douleurs

Apnées du sommeil
Dépression
Iatrogènes
Diabète

Synergie des facteurs de risque



Facteurs de risque médicaux

- VASCULAIRES

- ▶ Diabète, dyslipidémie, obésité, sédentarité, syndrome métabolique (cf. Dysfonction endothéliale).

- UROLOGIQUES

- ▶ Hypertrophie bénigne de la prostate.
- ▶ Troubles urinaires du bas appareil (TUBA) = symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) = Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS).
- ▶ Fibrose des corps caverneux (M. de Lapeyronie).

Facteurs de risque médicaux

- TROUBLES DU SOMMEIL

- ▶ Syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

- HORMONAUX

- ▶ Hypogonadisme ou hyperprolactinémie.

- TRAUMATIQUES

- ▶ Crâniens et médullaires.
- ▶ «Faux-pas» du coït.
- ▶ Fracture du bassin (moto).

Facteurs de risque médicaux

- NEUROLOGIQUES

- ▶ Sclérose en plaques.
- ▶ Maladies dégénératives, inflammatoires, toxiques, iatrogènes.

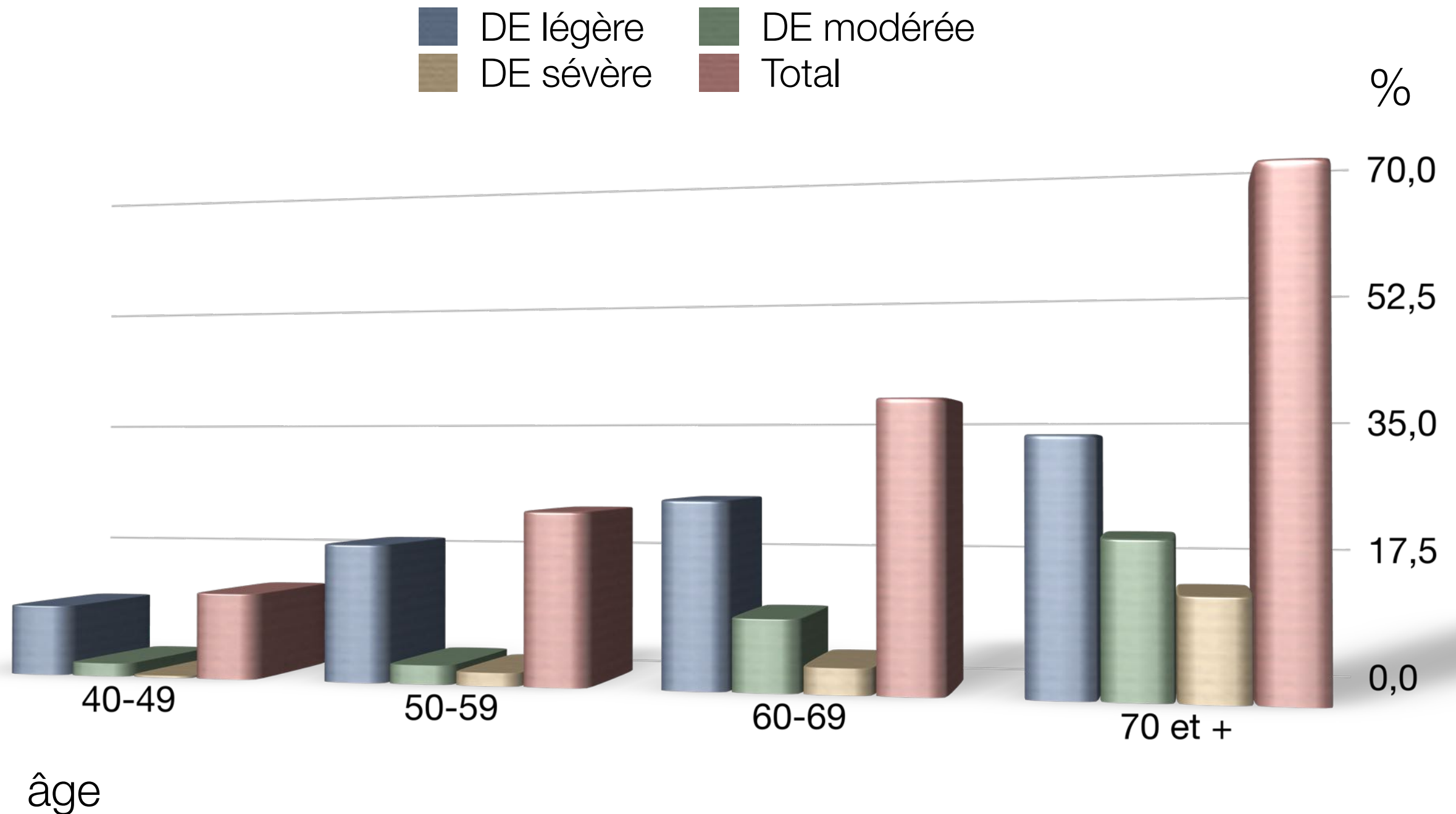
- PSYCHOLOGIQUES & PSYCHIATRIQUES

- ▶ Sujets anxieux, dépressifs, colériques.
- ▶ Cause ou conséquence ?

Facteurs de risque iatrogènes

Cf. Cours sur la iatrogénie

Facteur de risque physiologique : l'âge



Facteurs environnementaux

- MODE DE VIE

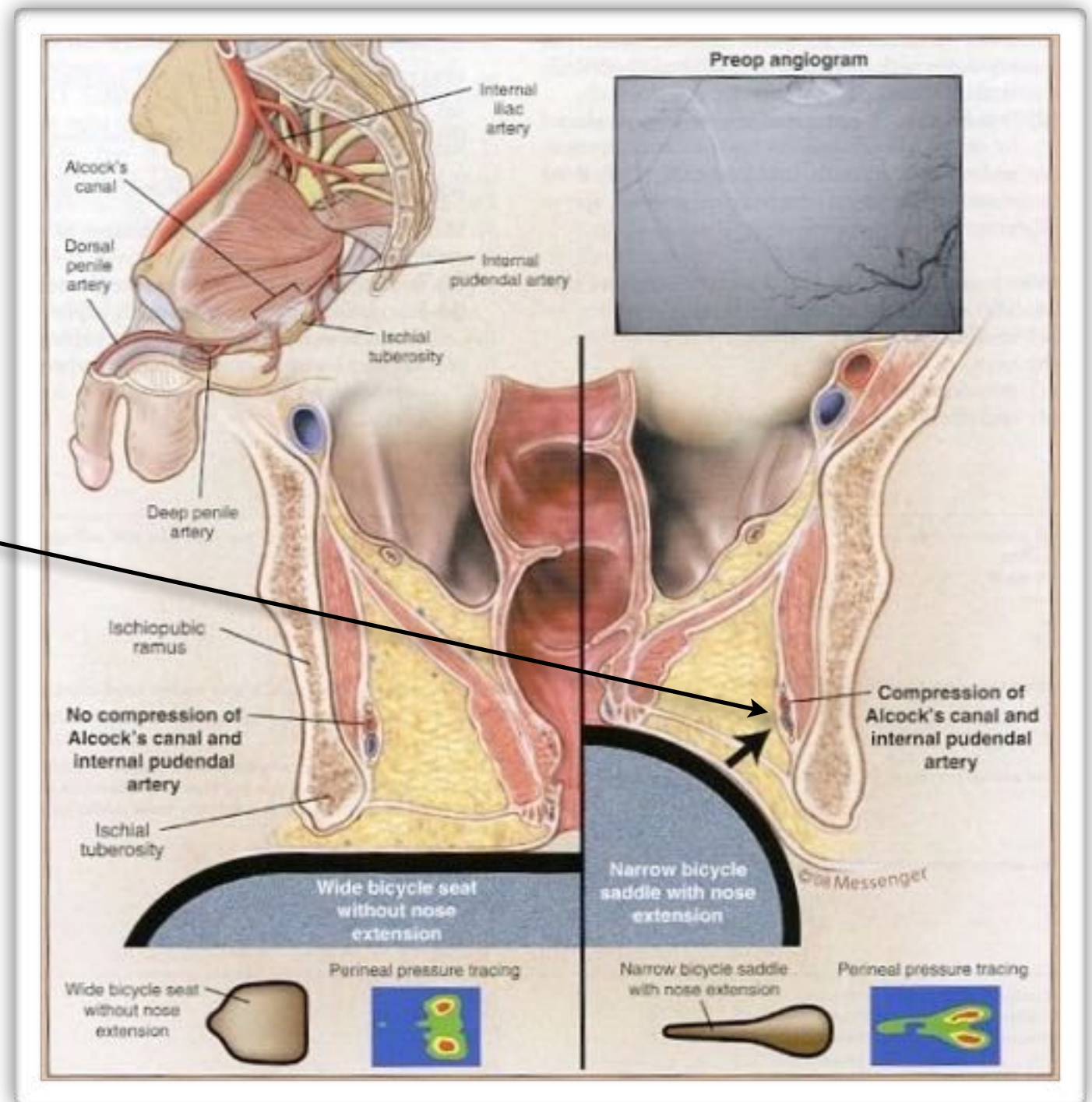
- ▶ Activité physique
- ▶ Stress émotionnel
- ▶ Alcool, tabac, drogues

- SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

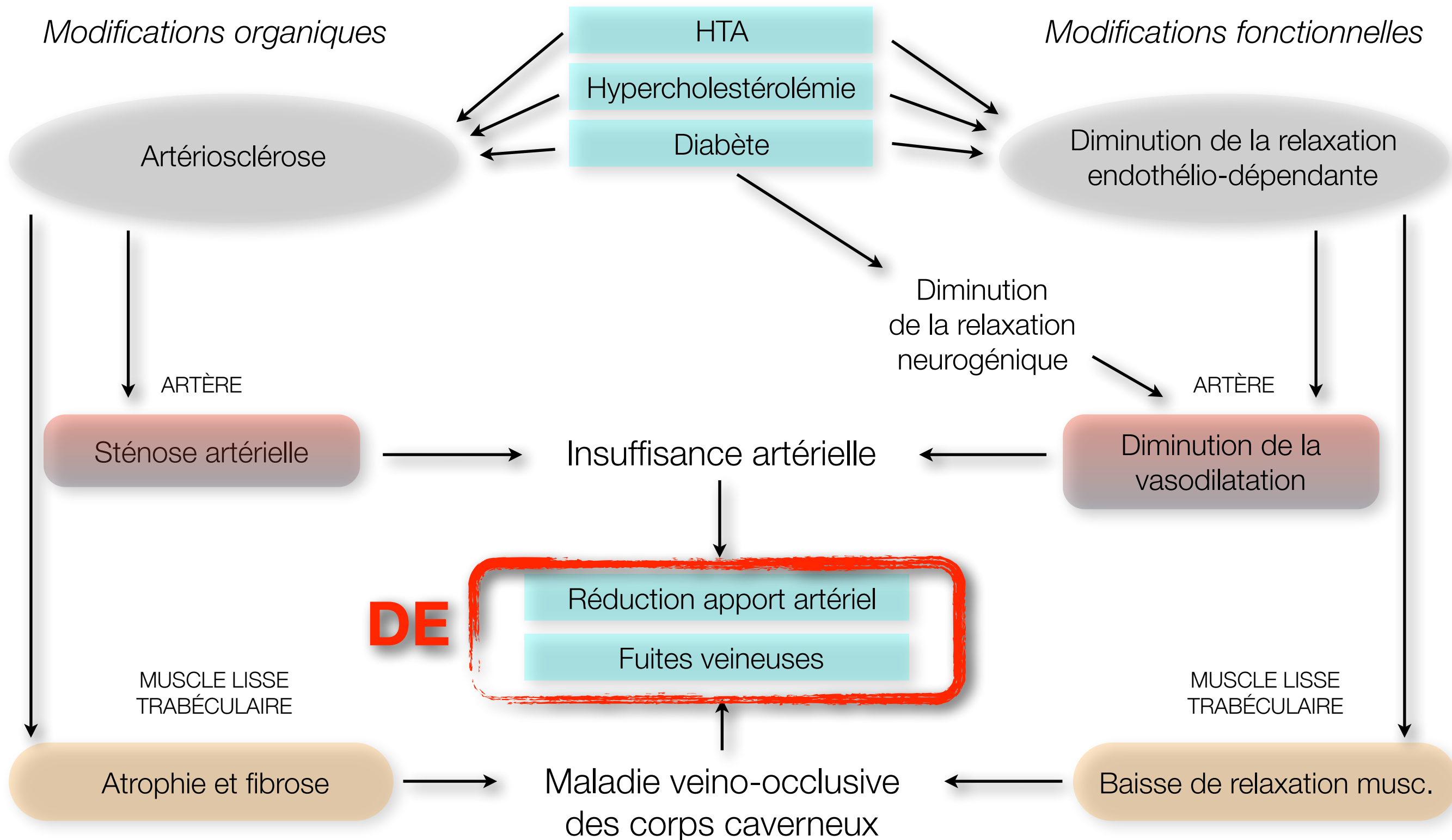
- ▶ Faible niveau d'éducation ou d'études
- ▶ Faibles revenus ou baisse de revenus (chômage)
- ▶ Statut marital (le mariage protège, sauf si partenaire «toxique»)

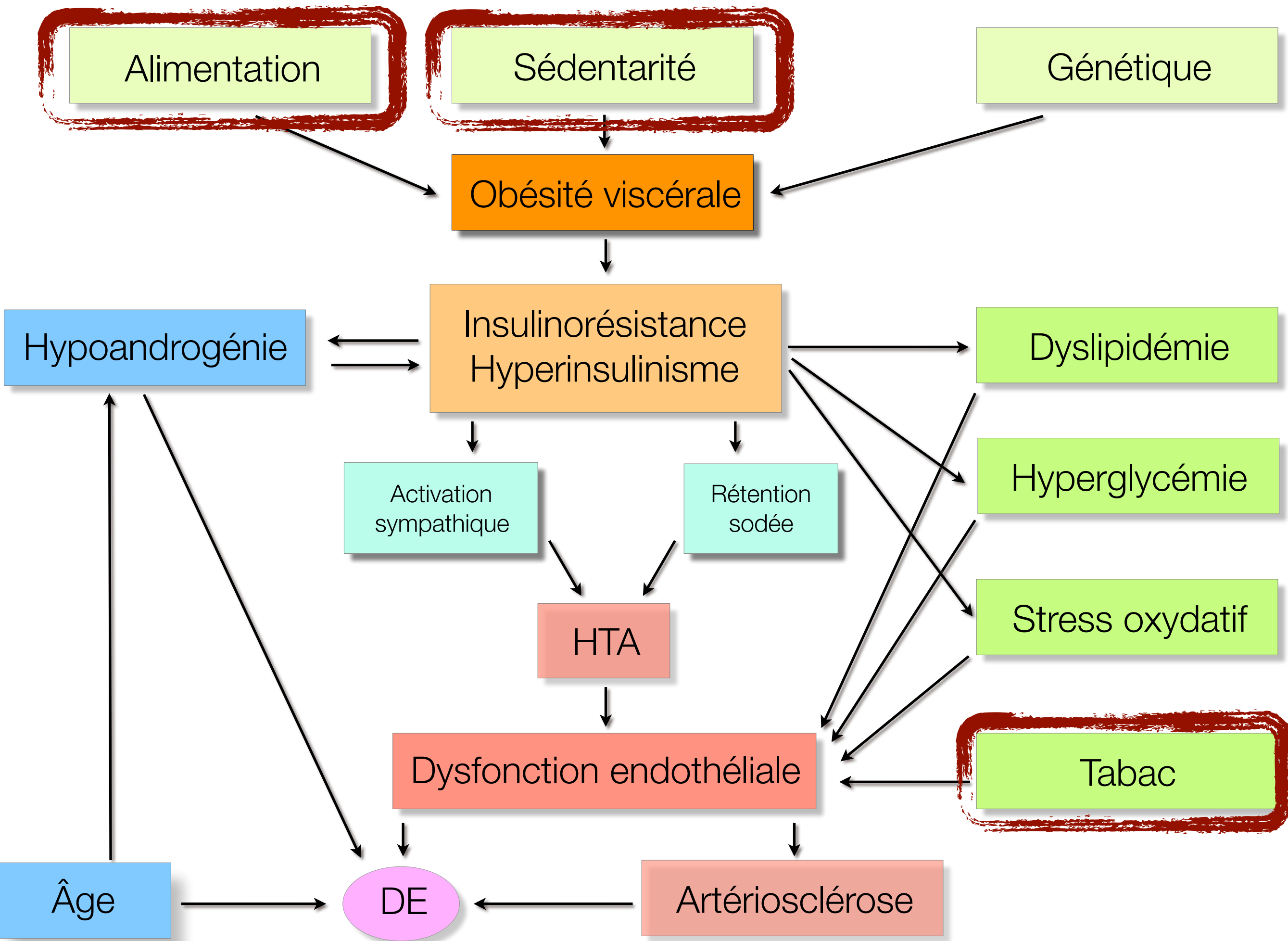
Facteurs environnementaux

- PRATIQUE DU CYCLISME
 - ▶ Par compression du nerf pudendal et/ou de l'artère pudendale dans le canal d'Alcock



Le pénis est un organe vasculaire





DE et pathologie cardiovasculaire : En pratique

- La survenue d'une DE n'est jamais anodine :
 - ▶ Elle peut soit marquer l'aggravation d'un état pathologique connu, Soit révéler une pathologie sous-jacente méconnue. ⁽¹⁾
- À partir de **35** ans et en dehors de tout contexte étiologique particulier (traumatique, iatrogène, neurologique...), la DE est, jusqu'à preuve du contraire ⁽¹⁾ :
 - ▶ Un symptôme sentinelle : symptôme vasculaire souvent précoce, témoin local de la progression de la maladie athéromateuse diffuse.
- La DE peut être le premier symptôme d'une pathologie en cours :
HTA, coronaropathie silencieuse, dyslipidémie ou diabète.

👉 Utilité de l'explorer ⁽²⁾

1 Bondil P, Delmas V. "L'angor de verge" ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile. Progrès en Urologie 2005 ; 15 : 1030-34

2 Billups KL. Sexual Dysfunction and Cardiovascular Disease : Integratives Concepts and Strategies. Am J Cardiol 2005 ; 96 (suppl) 57M-61M

DE et pathologie cardiovasculaire : En pratique

- Les recommandations actuelles préconisent une évaluation du statut cardiovasculaire chez tout patient ayant une DE. ^(3, 4)
Selon le consensus de Princeton, une évaluation de la fonction sexuelle doit faire partie de l'évaluation cardiovasculaire chez tous les patients à risque cardiovasculaire. ⁽³⁾
- Le dépistage ciblé d'une DE dans les populations à risque cardiovasculaire élevé (diabète, syndrome métabolique...) aurait un objectif de prévention des maladies cardiovasculaires. ⁽¹⁾
- La DE pourrait ainsi devenir un outil clinique de dépistage précoce de l'athérosclérose. ⁽³⁾

1 Bondil P, Delmas V. "L'angor de verge" ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile. Progrès en Urologie 2005 ; 15 : 1030-34

3 Kostis JB et al. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). Am J Cardiol. 2005 ; 96 : 85M-93M

4 Cour F et al. Recommendations to general practice doctors for first management of erectile dysfunction. prog Urol. 2005 ; 15 : 1011-20

Comment explorer une dysfonction érectile

Analyser la sémiologie des érections

- DEPUIS QUAND ?
 - ▶ Depuis toujours = DE primaire (rare)
 - ▶ Circonstance déclenchante ?
- INSTALLATION SOUDAINE OU PROGRESSIVE ?
- ÉVOLUTION VARIABLE OU CONSTANTE ?
 - ▶ Partenaire dépendante ?

Analyser la sémiologie des érections

- RELATION AVEC UN ÉVÉNEMENT DE VIE ?
 - ▶ Médical, relationnel, environnemental
- PERSISTANCE DES ÉRECTION NOCTURNES OU MATINALES ?
 - ▶ Présentes : rassure sur l'intégrité organique
 - ▶ Absentes : aucune signification (somatique, psychique ou mixte)

Recherche des troubles associés

- BAISSSE DE DÉSIR

- ▶ Attention ! Les hommes confondent désir et érection
- ▶ Ne pas demander «*Avez-vous du désir sexuel ?*» , la réponse sera NON
- ▶ Demander : «*Si vous aviez de bonnes érections, auriez-vous envie d'avoir des relations sexuelles ?*»
- ▶ La plupart du temps la réponse sera OUI.
En cas de réponse négative : chercher une hypoandrogénie ou une hyperprolactinémie

Recherche des troubles associés

- TROUBLES DE L'ÉJACULATION

- ▶ Une éjaculation prématurée peut engendrer une DE (anxiété).
- ▶ Une DE peut engendrer une éjaculation prématurée (se dépêcher de finir avant la perte de l'érection).
- ▶ Bien définir les causes et les conséquences pour le traitement.

- TROUBLES DE L'ORGASME

- ▶ Anorgasmie par attitude d'acharnement durant la relation sexuelle.

Recherche des troubles associés

- DYSpareunie

- ▶ Lichen scléreux du gland.
- ▶ Maladie de Lapeyronie.

- LE VÉCU SEXUEL

- ▶ Partenaires passées et présentes.
- ▶ Antécédents de violence sexuelle subie.

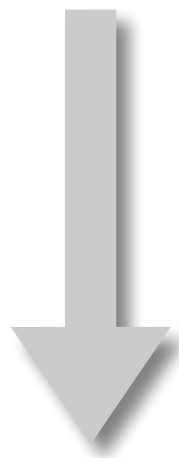
Paramètres à évaluer

- **Liés au statut et à la dominance**
 - Facteurs externes : perte d'emploi
 - Facteurs internes : dépression, perte de l'estime de soi
- **Liés à l'intimité et la confiance**
 - Relations extra-conjugales
 - Nouvelle carrière professionnelle
 - Naissance d'un enfant
- **Liés à l'attraction qui influence le désir**
 - Prise de poids
 - Drogue, alcool
 - Interventions chirurgicales

Analyser le retentissement sur le patient

- Gêne minime
- Résignation
- Manque d'intérêt
- Partenaire non-motivée

- Peur de l'échec
- Angoisse de performance
- Agacement et colère
- Attitude d'évitement
- Culpabilité et dévalorisation
- Perte de confiance en soi
- Tendance dépressive, voire dépression



évolution longue
résignation

**composante
plutôt organique**

composante *plutôt* psychologique

Analyser le retentissement chez la partenaire

- Préciser son statut (épouse, concubine, maîtresse, cohabitation ou non).
- Évaluer sa motivation.
- Évaluer son vécu sexuel, ses difficultés relationnelles.
- Chercher l'existence d'un trouble sexuel.
- Attitude ? (proactive, réactive, empathique, indifférente, hostile).
- Est-elle rétive vis-à-vis de la sexualité ?

Analyser le retentissement chez le couple

- Évaluer les relations passées et présentes dans le couple.
- Évaluer les pratiques sexuelles passées et présentes.
- Évaluer la qualité de la communication.
- Mettre en évidence un éventuel conflit sous-jacent.
- Repérer les attitudes de «sabotage sexuel».

Identifier la demande et l'attente réelle

- Qui demande ? Lui ou elle ?
- Que veut-on ? Est-ce réaliste ?
- Pour qui ? Pour éviter le divorce, faire plaisir, répondre à un ultimatum ou pour soi ?
- Est-ce une demande de soins ou d'information et un besoin d'être rassuré ?

Évaluer l'état de santé du patient

- **Médical**

- ▶ Antécédents médico-chirurgicaux.
- ▶ Maladie chronique cardiovasculaire, neurologique, endocrinienne, psychiatrique.
- ▶ Chirurgie, radiothérapie, traumatismes.
- ▶ Prise de médicaments et de toxiques.

- **Psycho-affectif**

- ▶ Anxiété, dépression.
- ▶ Altération de l'estime de soi.

- **Socio-culturel**

- ▶ Âge.
- ▶ Profession.
- ▶ Mode de vie.
- ▶ Satisfaction par rapport au statut social, professionnel.

Examen clinique

- **Général**

- ▶ Poids, Taille.
- ▶ Indice de Masse Corporelle (obésité si ≥ 30).
- ▶ Périmètre abdominal (Syndrome métabolique si ≥ 102 cm + autres signes).

- **Vasculaire**

- ▶ Pouls périphériques.
- ▶ Souffles artériels.
- ▶ Pression artérielle.

Examen clinique

- **Andrologique**

- Organes génitaux externes.
- Volume et consistance des testicules (hypogonadisme).
- Palpation des corps caverneux (maladie de Lapeyronie).
- Étirement pénien (fibrose caverneuse).
- Examen de la prostate après 50 ans (toucher rectal).
- Signes d'hypogonadisme : pilosité, gynécomastie).

Bilan de l'évaluation clinique

En faveur d'une composante organique

Érections de rigidité
insuffisante ou absente
quelles que soient
les circonstances

Libido normale.
Si libido absente : n'a pas
«envie d'avoir envie»
Indifférence

Éjaculation sur
verge molle

En faveur d'une composante psychologique

Érections de rigidité
variable dans le temps
et selon les circonstances

Libido émoussée
ou sélective.
A «envie d'avoir envie»

Éjaculation rapide
ou retardée

Bilan de l'évaluation clinique

En faveur d'une composante organique

~~Disparition des érections spontanées~~

Début progressif

Absence de circonstance déclenchante
(hors chirurgie ou traumatisme)

Facteurs de risque ou étiologiques
organiques multiples ou manifestes

En faveur d'une composante psychologique

Persistance des érections spontanées
= intégrité somatique

Début soudain

Circonstance déclenchante
d'ordre psychologique ou
relationnel

Facteur de risque psycho-relationnel
(conflit conjugal, anxiété, stress) ;
Pas de facteur de risque organique

Investigations

- L'évaluation sexo-psychologique est nécessaire **dans tous les cas.**
- L'évaluation des facteurs organiques est nécessaire en cas de DE symptôme d'une affection somatique.
- La prescription doit être orientée par la clinique.
- Il est inutile de prescrire un examen s'il ne modifie pas la conduite diagnostique ou thérapeutique.
- Les indications sont à discuter en fonction de l'âge, des souhaits et des motivations du patient.
- Il faut distinguer le bilan de première intention qui concerne tous les soignants, du bilan plus spécialisé de deuxième ou troisième intention qui relève du spécialiste.

Bilan de première intention

- **Hormonal**

- ▶ Testostérone totale et biodisponible (prélèvement sanguin entre 7h et 11h)
 - après 50 ans
 - à tout âge si baisse de désir (+ dosage prolactine)

- **Facteurs de risque cardiovasculaire**

- ▶ Glycémie
- ▶ Bilan lipidique

Bilan de première intention

- Urologique

- ▶ PSA après 50 ans : controversé.

- Cardiologique

- ▶ Dépister une pathologie sous-jacente.
- ▶ Vérifier l'aptitude physique à la poursuite ou la reprise d'une activité sexuelle.
 - Marcher 200 m et monter 1 ou 2 étages
(partenaire habituelle = 1 étage ou «extra» = 2 étages)
- ▶ Éviter les situations à risque d'interactions médicamenteuses (dérivés nitrés).

Les traitements

Jadis...

- Il y a trente ans les choses étaient simples :
 - ▶ Pour les urologues les DE étaient à 80 % d'origine organique.
 - ▶ Pour les psychologues, psychiatres et psychanalystes la DE ne pouvait être **que** d'origine « psy »
- C'est pourquoi la stratégie était invariable :
 - ▶ 1- prescription de Yohimbine et de testostérone.
 - ▶ 2- en cas d'échec : divan du psychanalyste ou prothèse pénienne.

“La Revue du Praticien” 21 janvier 1985

« Dans les dysfonction érectives de la cinquantaine ou peut proposer la prescription d'un antidépresseur, d'un vasodilatateur, d'un anabolisant et des frictions du pénis avec une lotion percutanée à la testostérone »

Les possibilités thérapeutiques

Les traitements *per-os* = inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 = IPDE 5

Sildénafil = Viagra®

Vardénafil = Lévitra®

Tadalafil = Cialis®

Avanafil = Spedra®

Produits chers et non-remboursés
par l'Assurance Maladie

L'Alprostadil

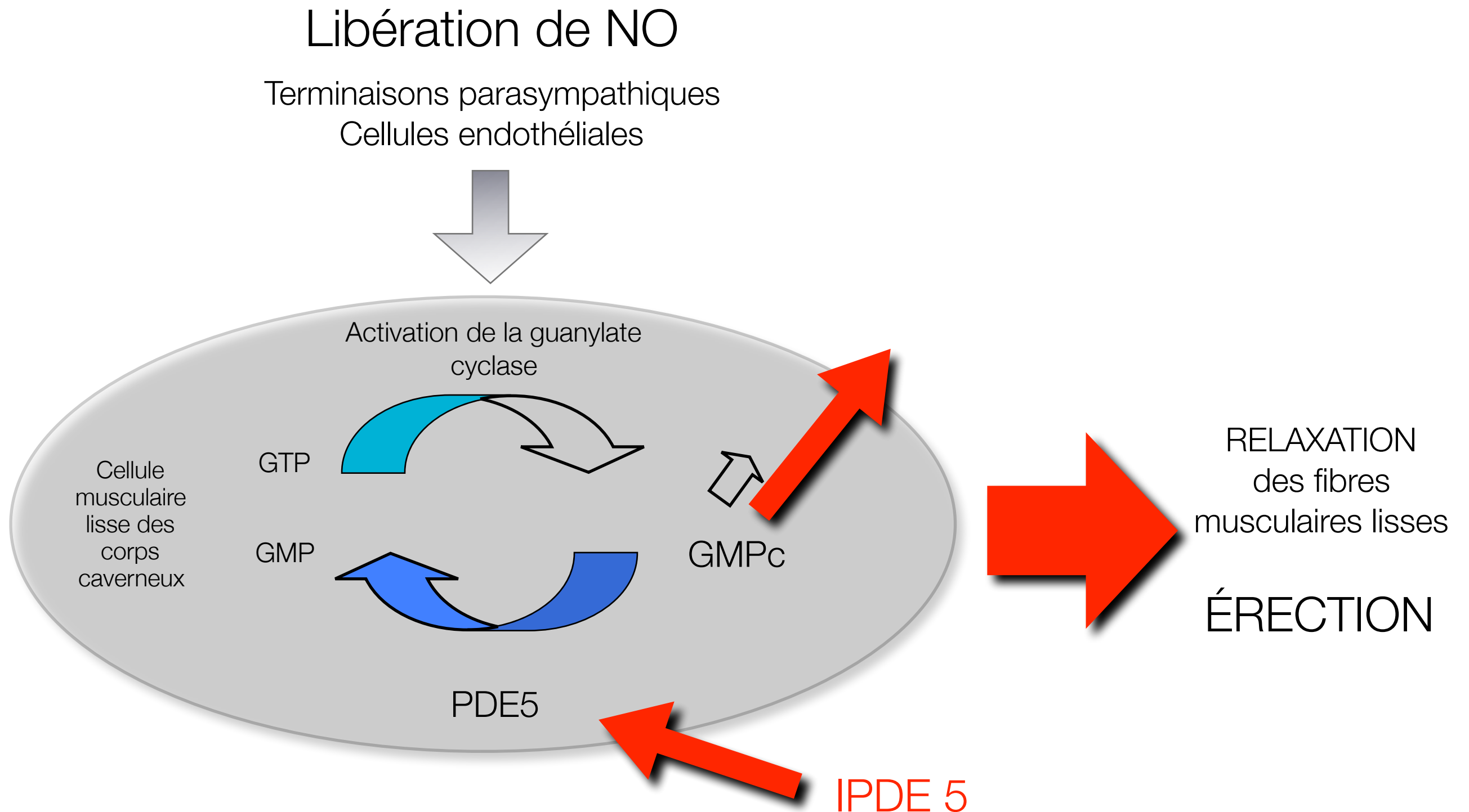
Instillation intra-urétrale = Vitaros®

Injection intracaverneuse = Edex® Caverject®

Le vacuum (érecteur à dépression).

La prothèse pénienne (= implant pénien)

Biochimie de l'érection, action des IPDE 5



Associations contre-indiquées avec les IPDE

- **Produits contenant des dérivés nitrés.**
 - Trinitrine : Cordipatch[®], Diafusor[®], Discotrine[®], Lénitral[®], Natispray[®], Nitriderm[®], Trinipatch[®]
 - Isosorbide dinitrate : Isocard[®], Langoran[®], Risordan[®]
 - Isosorbide monitrate : Monicor[®]
 - Nitroprussiate de sodium : Nitriate
- **Produits donneurs de monoxyde d'azote (NO).**
 - Linsidomine : Corvasal[®]
- **Produits ayant une action de type nitré.**
 - Nicorandil : Adancor[®], Ikorel[®]
- **Autres substances nitrées.**
 - « poppers »

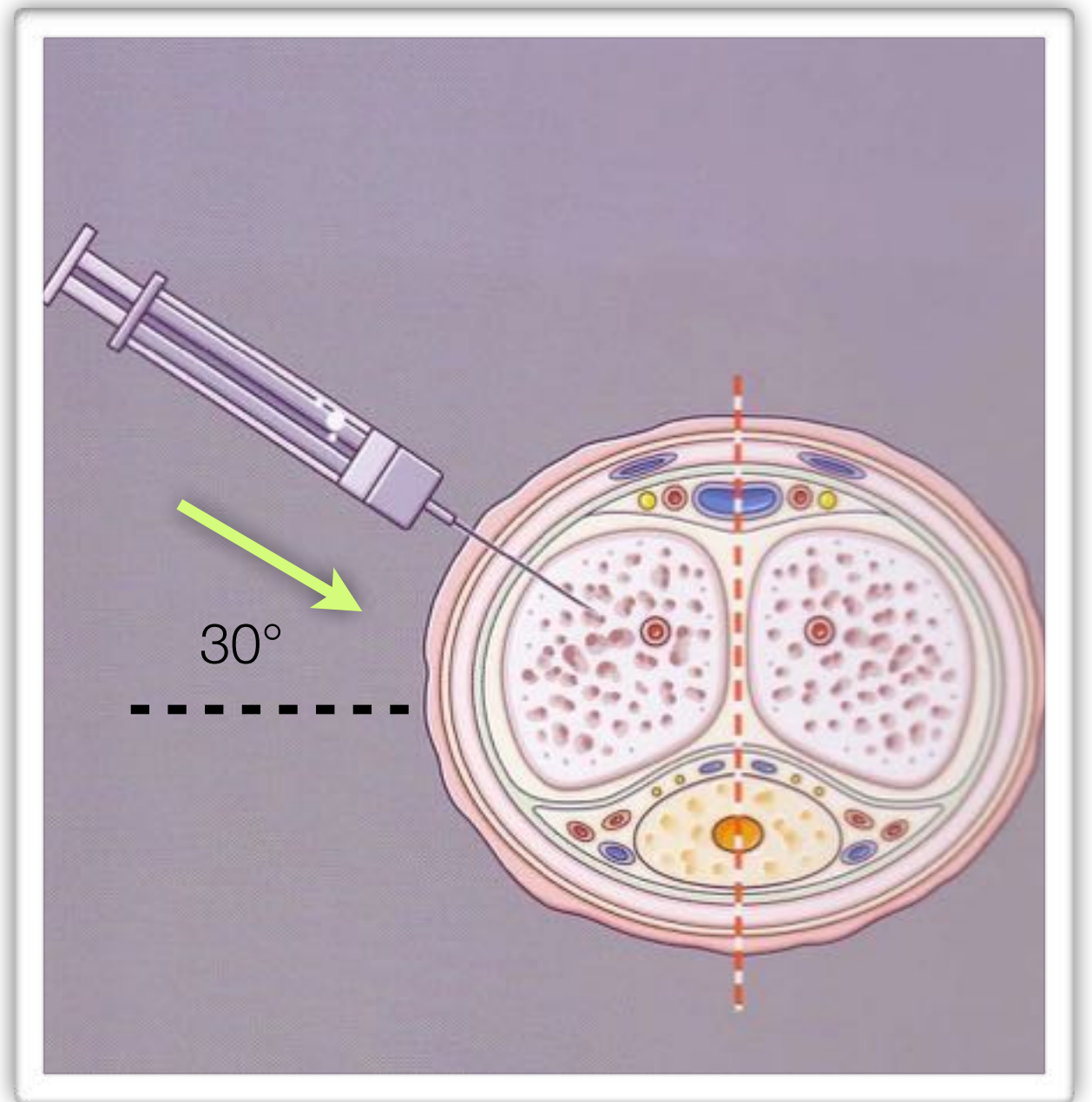
Les injections intracaverneuses

- En cas d'échec des traitements *per-os*
- D'emblée en cas d'affections organiques telles que :
 - Diabète ;
 - Sclérose en plaques ;
 - Séquelles de la chirurgie du cancer de la prostate ou du rectum ;
 - Car bonne efficacité et remboursement 100 % par l'Assurance Maladie.
- Apprendre la technique d'injection au patient.

Les injections intracaverneuses

- Trouver la posologie efficace.
- Informer le patient des accidents et incidents possibles (priapisme) et de la conduite à tenir.
- Revoir le patient pour évaluation tous les 6 mois.
- Taux de satisfaction très élevé, mais...
- Taux d'abandon important.
(inversement proportionnel à la qualité de l'apprentissage et du suivi médical)

- Injecter 5 à 20 μg . Commencer avec une dose faible (5 μg).
- Perpendiculairement à la peau, avec un angle de 30° par rapport à l'horizontale.
- Dans le corps caverneux.
- L'érection survient après 10 à 15 minutes, sans besoin de stimulation érotique.
- Alprostadil = prostaglandine E1 = acide gras naturel.
 - Vasodilatation.
 - Relaxation du muscle lisse caverneux.
 - Inhibition de l'agrégation plaquettaire.
 - Stimulation des muscles lisses de l'intestin et de l'utérus.



(contre-indiqué si partenaire enceinte)

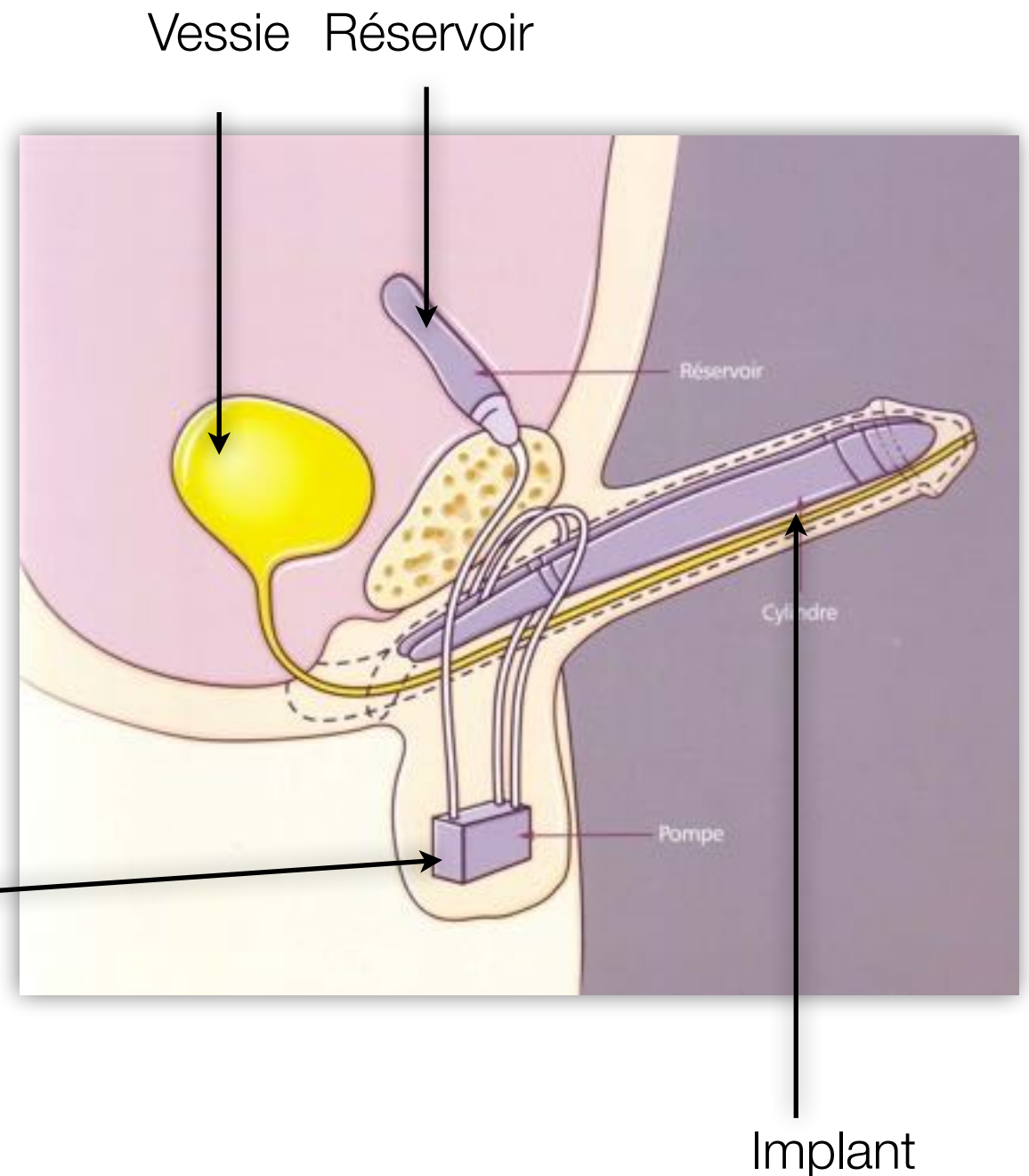
Le Vacuum

- En cas d'échec ou en complément des deux premiers.
- Très apprécié aux USA, peu utilisé en France.
- Avantage :
méthode sans contre-indication
puisque sans médicament, peut
être utilisé quotidiennement.
- La dépression induite dans le cylindre aspire la verge.
- L'anneau-ventouse à la racine du pénis maintient l'érection.
Ne pas garder au-delà de 30 mn. (garrot).



La prothèse pénienne (implant pénien)

- Ne pas le proposer trop tard.
- Acte irréversible.
- Nécessite l'expertise d'urologues confirmés qui en posent beaucoup.
- Gonflable.
- La pompe à actionner se trouve dans le scrotum.
- Risques liés à la chirurgie.



Facteurs pronostiques

À prendre en compte

- Individuels : anxiété de performance majeure, anxiété généralisé ou dépression.
- Partenaire : son état de santé et l'intérêt du patient pour elle.
- Qualité de la relation non sexuelle.
- Facteurs contextuels : stress au quotidien, problèmes d'argent, de famille, d'enfants.
- La motivation du couple à faire une thérapie.
- Le degré d'attraction entre les partenaires.
- L'absence de désordre psychiatrique majeur.
- L'acceptation de suivre les conseils proposés.

Facteurs péjoratifs

- Anérection totale et constante
- Environnement social difficile, mauvaise hygiène de vie, addictions
- Sujet non compliant, non confiant, non motivé
- Troubles psychiques sévères
- DE primaire ou ancienne (>1 an)
- Troubles sexuels sévères associés (patient ou partenaire)
- Faible capacité d'auto-érotisme
- Âge > 78 ans (notion statistique)
- Trouble du désir
- Conjugopathie sévère

L'abord du problème par le sexologue

Voir le couple, si possible...

- Il faut évaluer le rôle de la partenaire comme **cause** possible de DE.
- Évaluer l'impact de la DE sur sa sexualité à elle (**conséquence**).
- D'autant qu'elle peut souffrir (elle aussi) d'un trouble sexuel qui peut provoquer, retentir ou aggraver la DE.
- Parfois elle souffre d'une difficulté masquée par la DE.
(« l'arbre qui cache la forêt »...)
- Intérêt de l'impliquer pour optimiser la prise en charge.
(40 % des femmes ne se sentent pas concernées)
- Voir le couple a un intérêt diagnostique mais aussi thérapeutique.

Quelques précisions et définitions

* « *S'il n'a plus de désir c'est que je ne suis plus désirable* »

☞ Réaction de repli ou d'agressivité de la partenaire.

* « *S'il n'a plus de désir pour moi c'est qu'il va voir ailleurs* »

La femme préfère se sentir remplacée plutôt qu'incapable d'induire du désir.

...et parfois certains hommes préfèrent laisser croire cela plutôt que d'être considérés comme « impuissants ».

☞ **dialogue de sourds**

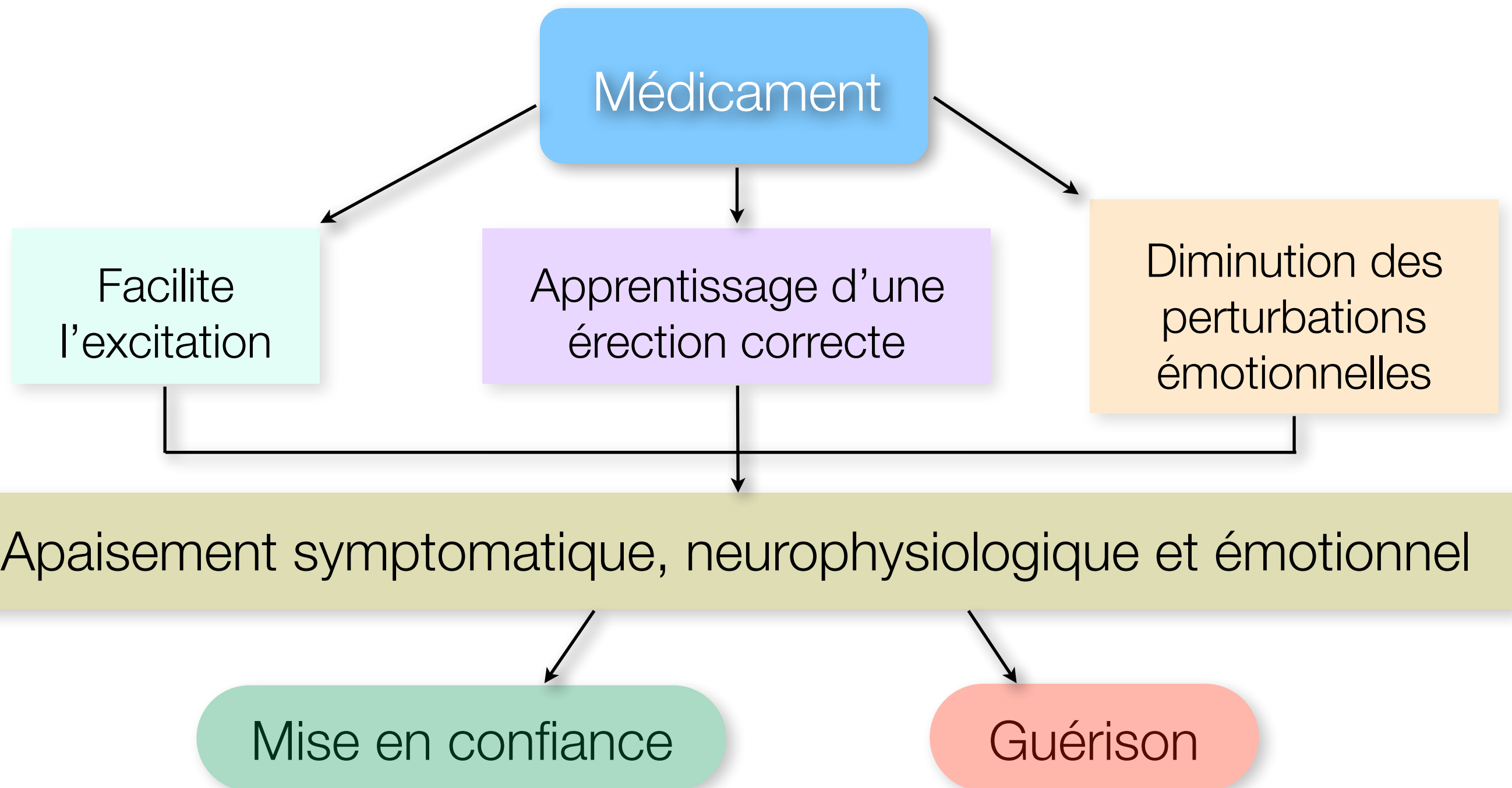
- Cette confusion faite par la partenaire peut être un obstacle au traitement.

❖ « *Érection artificielle = désir factice = absence d'amour* »

☞ Nécessité d'une **consultation en couple** afin d'expliquer la physiologie de l'érection, la physiopathologie de la DE et le mécanisme d'action des médicaments.

Et après le médicament ?

Le médicament crée les conditions du changement



Médicament + Accompagnement

Le médicament = retrouver **l'érection**

Apaisement
symptomatique
neurophysiologique
et émotionnel

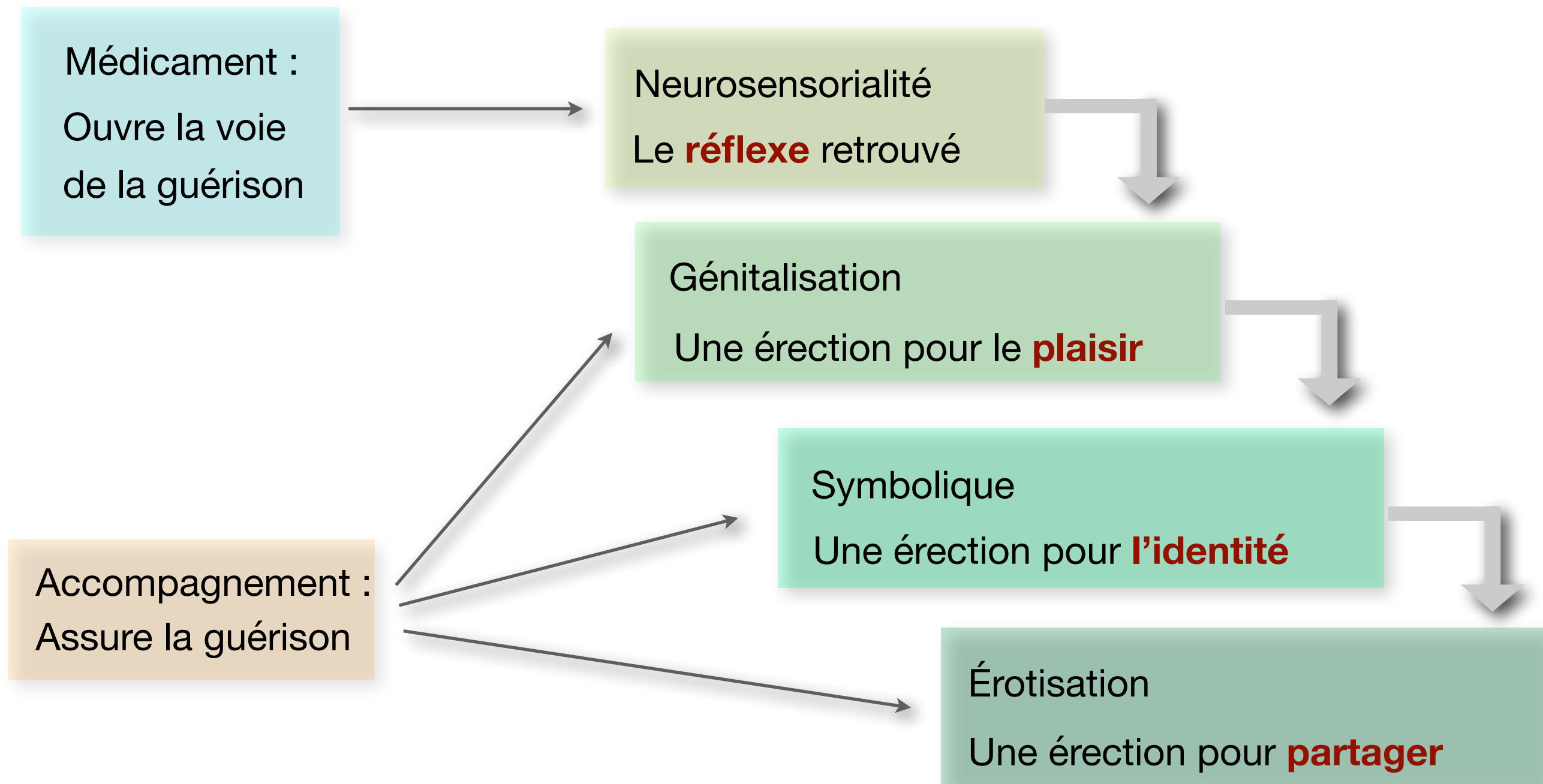
Ouvre la voie de la guérison

L'accompagnement = retrouver la **fonction**

S'approprier l'érection,
lui donner un sens

Assure la guérison

Médicament + Accompagnement



En résumé, le traitement de la dysfonction érectile

