

Le dysfonctionnement érectile : mise à jour

Luc Valiquette, MD, FRCSC et François
Bénard, MD, FRCSC

Présenté par l'Université de Montréal dans le cadre
de : *Les Journées de pharmacologie*, mai 2004

On définit le dysfonctionnement érectile (DE) comme une incapacité persistante d'obtenir ou de maintenir un degré d'érection suffisant pour permettre une activité sexuelle satisfaisante. Le DE peut être :

- léger (occasionnel)
- modéré (survenant environ une fois sur deux)
- grave (survenant pratiquement à chaque tentative de rapport sexuel).

Plus fréquent qu'on ne le croit

Si l'on inclut tous les niveaux de gravité, sa prévalence est d'environ 40 % des hommes de 40 ans et 70 % de ceux de 70 ans. Si l'on tient compte uniquement des cas graves, elle est estimée à 5 % à 40 ans et à 15 % à 70 ans.

De plus en plus d'hommes consultent pour cette incapacité en raison du vieillissement de la population, de l'apparition de traitements par voie orale efficaces et faciles à utiliser et de la médiatisation entourant ces nouveaux traitements. Il est à noter que le DE n'est pas une conséquence normale du vieillissement, mais qu'il y est associé en raison des comorbidités reliées à l'âge.

Quelles sont les causes?

1. Les atteintes vasculaires

Elles sont la principale cause. Elles comprennent :

- l'athérosclérose
- les troubles lipidiques
- le diabète
- le tabagisme
- l'hypertension artérielle et autres maladies vasculaires
- les atteintes vasculaires traumatiques ou iatrogènes (médicaments vaso-actifs ou chirurgies pelviennes).

2. Les maladies neurologiques

Le DE peut aussi être causé par certaines maladies neurologiques (sclérose en plaques, trauma médullaire) et des chirurgies pelviennes (prostatectomie radicale, pontage, résection intestinale) qui peuvent endommager les nerfs responsables de l'érection.

3. Les troubles hormonaux

Les hormones sont très importantes. Elles peuvent agir à la fois sur le désir et sur la fonction sexuelle, et tout trouble hormonal suspecté mérite d'être évalué.

4. Les anomalies péniennes

Elles regroupent les anomalies congénitales (malformations) ou acquises (traumatisme, maladie de La Peyronie) du pénis.

5. Le contexte psychologique

Les problèmes personnels (dépression, anxiété, trouble de la personnalité) ou de couple (mésentente, jalousie) peuvent avoir un effet délétère sur la relation et être la principale cause du dysfonctionnement érectile soit seule, soit en association avec un problème physique.

Comment commencer l'évaluation?

L'évaluation s'est beaucoup simplifiée. Elle comporte quatre étapes :

1. L'interrogatoire

Il est avant tout basé sur la recherche des causes déjà mentionnées et sur les antécédents sexuels.

Le questionnaire sexuel vise à bien définir le problème pour s'assurer qu'il s'agit d'un DE et non d'un problème d'éjaculation précoce ou d'un trouble du désir. La présence de la partenaire est souhaitable lors de la rencontre, bien que les patients consultent habituellement seuls. Des questionnaires standardisés (*SHIM : Sexual Health Inventory for Men*) peuvent faciliter le dépistage de l'incapacité et la discussion.

2. L'examen physique

L'examen physique se limite à une évaluation ciblée des systèmes vasculaire (pouls et pression artérielle) et neurologique (démarche, sensibilité périnéale, tonus du sphincter anal), puis à un examen génital (pénis, testicules, pilosité).

3. Les examens paracliniques

Les examens paracliniques de base comprennent l'évaluation de la glycémie et du profil lipidique.

Le dosage de la testostérone (totale, libre ou biodisponible) est indiqué s'il y a un problème associé de désir ou de libido, ou une diminution de l'éjaculat.

4. Les examens complémentaires

Rarement, des examens complémentaires peuvent être nécessaires, dont le Doppler pour l'évaluation vasculaire pénienne et la pléthysmographie pénienne nocturne pour évaluer les érections durant le sommeil (en faveur d'une cause psychologique, si présentes).

Et le diagnostic provisoire?

Avec la venue de traitements par voie orale habituellement efficaces peu importe la cause, un diagnostic provisoire est suffisant avant d'entreprendre un traitement.

Pour ce faire, on tente d'établir si la cause est organique, psychologique ou mixte.

Les patients jeunes ont plus souvent un trouble épisodique d'origine psychologique, alors que les patients plus âgés ont le plus souvent un problème d'apparition progressive et de causalité organique. Toutefois, dans la majorité des cas, la cause est mixte, car même en présence d'une atteinte organique incontestable, l'impact psychologique du DE affecte l'homme et accentue son problème.



Le Dr Valiquette est professeur titulaire, département de chirurgie, Université de Montréal, et urologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.



Le Dr Bénard est professeur agrégé de clinique, département de chirurgie, Université de Montréal, et urologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Quels sont les traitements?

On débute toujours avec les traitements les plus simples et les moins effractifs (tableau 1).

1. La thérapie sexuelle

Elle peut être effectuée par le médecin, le psychologue ou le sexologue. Elle est indiquée pour les causes psychologiques et peut aussi être utilisée en association avec d'autres formes de traitements.

• Le sildénafil et le vardénafil

Ils ont des propriétés pharmacologiques très similaires. Les deux ont démontré, dans des études cliniques, qu'ils aidaient les hommes atteints de DE à obtenir et à maintenir une érection lorsque les comprimés étaient pris entre 30 et 60 minutes avant la relation.

L'absorption du sildénafil peut être modifiée lorsqu'il est pris avec des repas riches en gras. L'effet est le même pour le vardénafil, mais à un moindre degré. Leur demi-vie est d'environ 4 heures, et certains patients peuvent avoir des érections jusqu'à 12 heures après la dose initiale.

Le sildénafil a été utilisé par plus de 20 millions d'hommes depuis sa mise en marché et de nombreuses études ont confirmé son efficacité et son innocuité.

Le vardénafil est plus récent, et les études cliniques effectuées ont aussi montré qu'il est efficace et sécuritaire.

Tableau 1

Les traitements de la DE

1. Correction des facteurs réversibles ou modifiables (diabète, tabagisme, hypertension artérielle, etc.)
2. Ensuite, ces traitements peuvent être offerts :
 - Thérapie sexuelle
 - Médicaments par voie orale
 - Pastilles intra-urétrales
 - Injections intracaverneuses
 - Prothèses péniennes

2. Les médicaments par voie orale

Il existe maintenant trois inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (PDE-5) :

- le sildénafil
- le vardénafil
- le tadalafil.

• Le tadalafil

Il est différent des deux précédents par sa structure chimique. Sa demi-vie est de 17,5 heures et son pic de concentration survient après 2 heures. Durant les études, de nombreux patients ont été capables d'avoir des relations jusqu'à 24 à 36 heures après une dose initiale. En raison de sa composition chimique, son absorption n'est pas influencée par les aliments ingérés.

• Et les effets secondaires?

Les inhibiteurs de la PDE-5 causent une vasodilatation et peuvent provoquer une légère baisse de la tension artérielle.

Plusieurs études ont montré leur innocuité cardiovasculaire, mais ils doivent être utilisés avec précaution chez certains patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou utilisant plusieurs médicaments pour leur santé cardiaque.

Les trois produits sont contre-indiqués chez les patients qui prennent des dérivés nitrés car ils potentialisent l'effet hypotenseur des nitrates.

Les effets secondaires de classe comprennent les céphalées, la vasodilatation faciale, la dyspepsie et la rhinite vasomotrice. Les patients qui prennent du tadalafil peuvent occasionnellement présenter des lombalgies ou des douleurs musculaires d'intensité légère à modérée.

Finalement, certaines interactions médicamenteuses spécifiques à chacun des produits sont indiquées dans leurs monographies respectives.

Quels sont les traitements? (La suite)

3. Les pastilles intra-urétrales

Elles sont composées de prostaglandine.

Ce traitement est moins efficace que les agents oraux ou intracaverneux, mais il offre une solution de rechange à ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas les utiliser.

4. Les injections intracaverneuses

Elles sont à base de prostaglandine, papavérine, phentolamine ou une combinaison de ces produits et sont indiquées lorsque les agents oraux ou intra-urétraux sont inefficaces ou contre-indiqués.

Les érections prolongées et la fibrose des corps caverneux sont à surveiller avec ce traitement.

5. Les prothèses péniennes externes

Elles sont une solution mécanique efficace. Le sang pompé dans le pénis est contenu par une bande élastique placée à sa base. Le pénis est plus froid et l'éjaculation restreinte en raison de la bande élastique. La seule contre indication est la prise d'anticoagulants. La bande doit être enlevée en moins d'une heure.

6. Les prothèses péniennes internes

Elles sont indiquées lorsque les autres traitements ont échoué. Il y a des modèles semi-rigides qui donnent une semi-érection permanente et des modèles gonflables qui permettent des érections sur demande.

Ces prothèses sont très efficaces mais nécessitent une intervention chirurgicale et sont associées à des risques d'infection et de bris mécaniques. *Clin*

À retenir...

- De plus en plus d'hommes consultent pour cette incapacité en raison du vieillissement de la population, de l'apparition de traitements par voie orale efficaces et faciles à utiliser et de la médiatisation entourant ces nouveaux traitements.
- La présence de la partenaire est souhaitable lors de la rencontre, bien que les patients consultent habituellement seuls.
- On débute toujours avec les traitements les plus simples et les moins effrayants.
- Il existe maintenant trois inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (PDE-5) :
 - le sildénafil
 - le vardénafil
 - le tadalafil.