

LES DYSFONCTIONS ERECTILES: CAUSES ET TRAITEMENTS ADAPTES

Dr NJINOU NGNINKEU Bertin
Cliniques des Ormeaux, Le Havre

Docteur Stephane MINGAM
Docteur Didier RETOUT

EPIDEMIOLOGIE

- La DE repose sur un **symptôme**, perte d 'érection, mais révèle une **maladie** et la renforce
- **multifactorielle**: étiologie, modalités d 'expression et moyens prise en charge
- Plainte sexuelle authentique, patient « impuissant » est un patient qui souffre
- Retentissement psychologique prédominant associé à quelques facteurs organiques d 'intensité variable
- Dévalorisé, diminué avec anxiété de performance

EPIDEMIOLOGIE

- Fréquente dans la population cardiovasculaire
- Marqueur d'une pathologie artérielle infra-clinique
- Conséquence de troubles vasculaires, psychologiques, neurologiques,...
- **Facteurs de risque:** dyslipidémies, HTA, diabète, tabac, iatrogènes, hypogonadisme, athérosclérose, insuffisance rénale, insuffisance hépatique,...

EPIDEMIOLOGIE

- **Massachusetts Male Aging study. USA - 1994**
 - (1290 patients âgés de 40 à 70 ans)
 - 52% DE(17% rarement, 25% moyenne et 10% complètement)
 - Prévalence ↑ âge et pour DE complète: 5% à 40 ans et > 15% après 60 ans

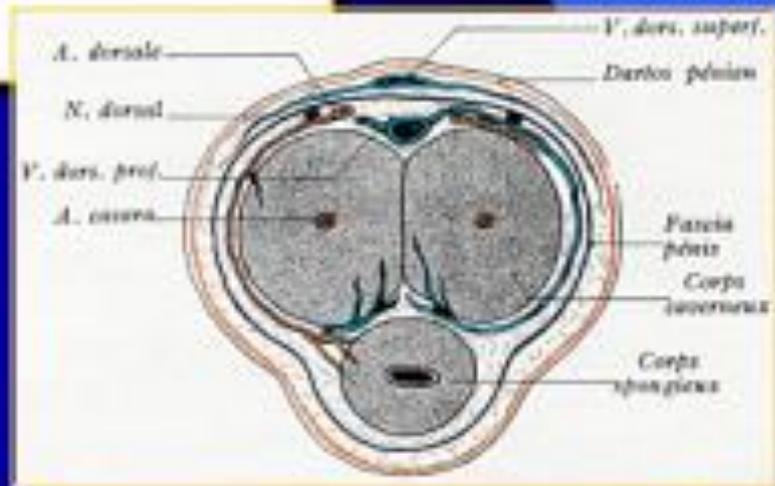
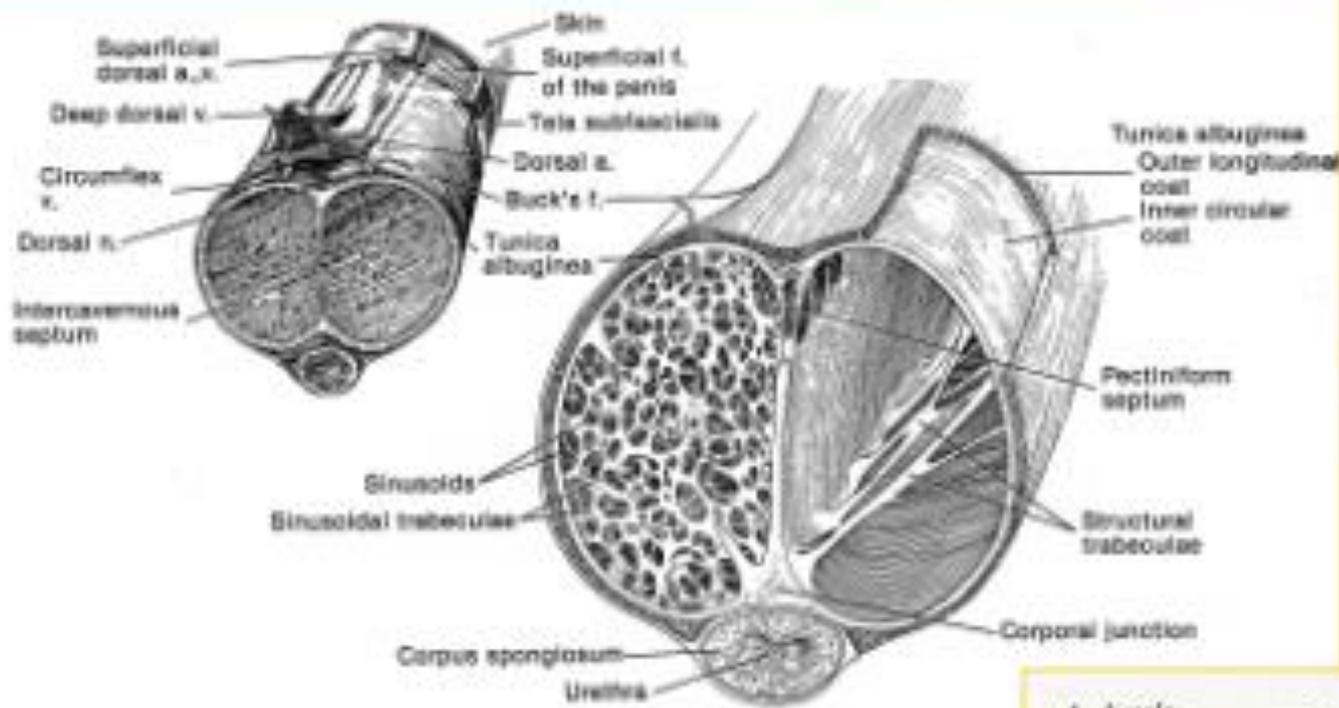
- **Sofres. France-1994 (1000 Hommes de 18 ans et +)**
 - prévalence moyenne de 11% DE moyenne ou sévère
 - Δ âge: 10% (40-50), 25% (50-60), 27% (60-70)
 - 68% psychologiques (23%:Pb affectif avec partenaire), 29% organiques ou mixtes, 3% indéterminés

COMMENT COMPRENDRE LA PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION?

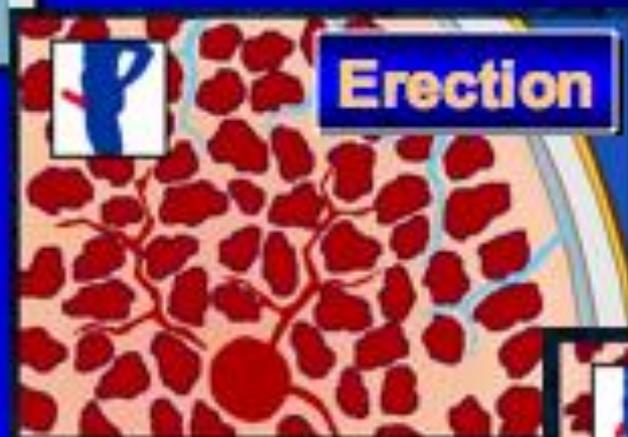
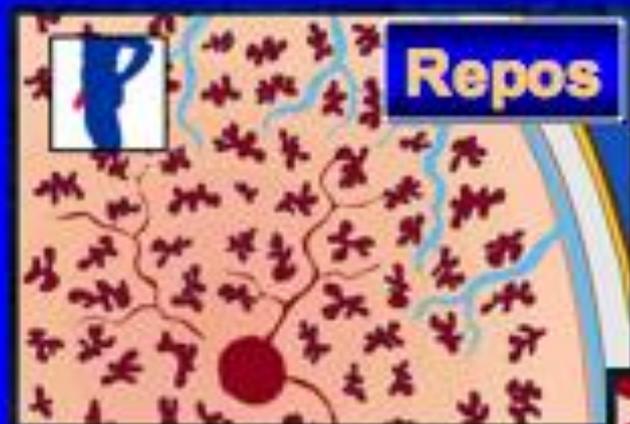
PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION

- Alternance flaccidité et érection
- Phénomène neurovasculaire: relaxation fibres musculaires lisses (FML) des CC, vasodilatation lit artériel et occlusion veineuse
- Flaccidité \Rightarrow érection \Rightarrow état repos

ENVELOPPES DE LA VERGE



PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION



PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION

Repos

Flacidité du pénis

Tumescence

> du volume du pénis et légère > pression intracaverneuse

Erection

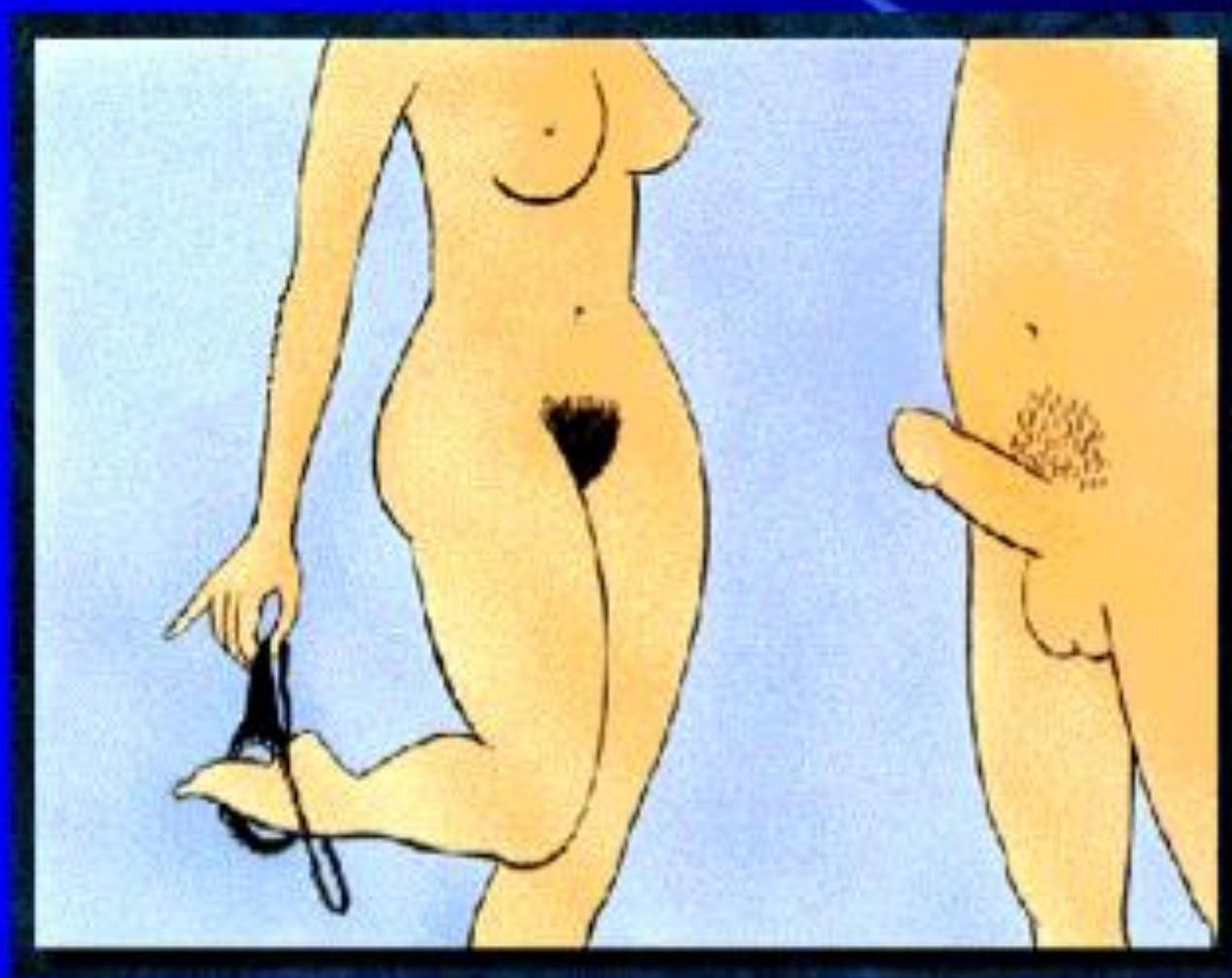
Volume constant mais > considérable pression intracaverneuse
Orgasme et éjaculation = acmé de l'érection

Détumescence

Disparition rigidité pénis et retour progressif au volume pénien de repos

PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION

- Erection psychogène



PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION

- Erection reflexogène



PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION

- Erection nocturne



PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION

- Point départ érection psychogène: **désir sexuel** ou pulsion sexuelle ou libido
- Point départ désir sexuel: **cerveau** et **centres sous-corticaux**: thalamus, hypothalamus et système limbique
- Pensées, éducation, religion, principes, interdits, expérience passée, situation contextuelle influencent désir sexuel: **activation** ou **freination**
- Origine désir sexuel:
 - organes de sens: vue, toucher, odorat, goût, ouïe,
 - imaginaire,
 - les deux à la fois

ERECTION A LA FOIS
SIMPLE ET COMPLEXE??

CONTRÔLE NEUROLOGIQUE ERECTION

- **Phénomène réflexe** avec point départ le cerveau et contrôle niveau médullaire
- **Centre orthosympathique** (COS) (dorso-lombaire)
 - érection = inhibition COS (désir, fantasmes)
 - tonus permanent = flaccidité verge
 - contrôle survenue **érection psychogène**
- **Centre parasymphathique** (CPS) et **somatique** (sacré)
 - renforce relaxation des FML et érection
 - stimulation verge(caresses,..) active CPS et origine **érection réflexe**
- **Médiateurs centraux** dans régulation du désir:
 - Nor-adrénaline, Dopamine et Apomorphine favorisent comportement sexuel
 - Sérotonine est inhibitrice

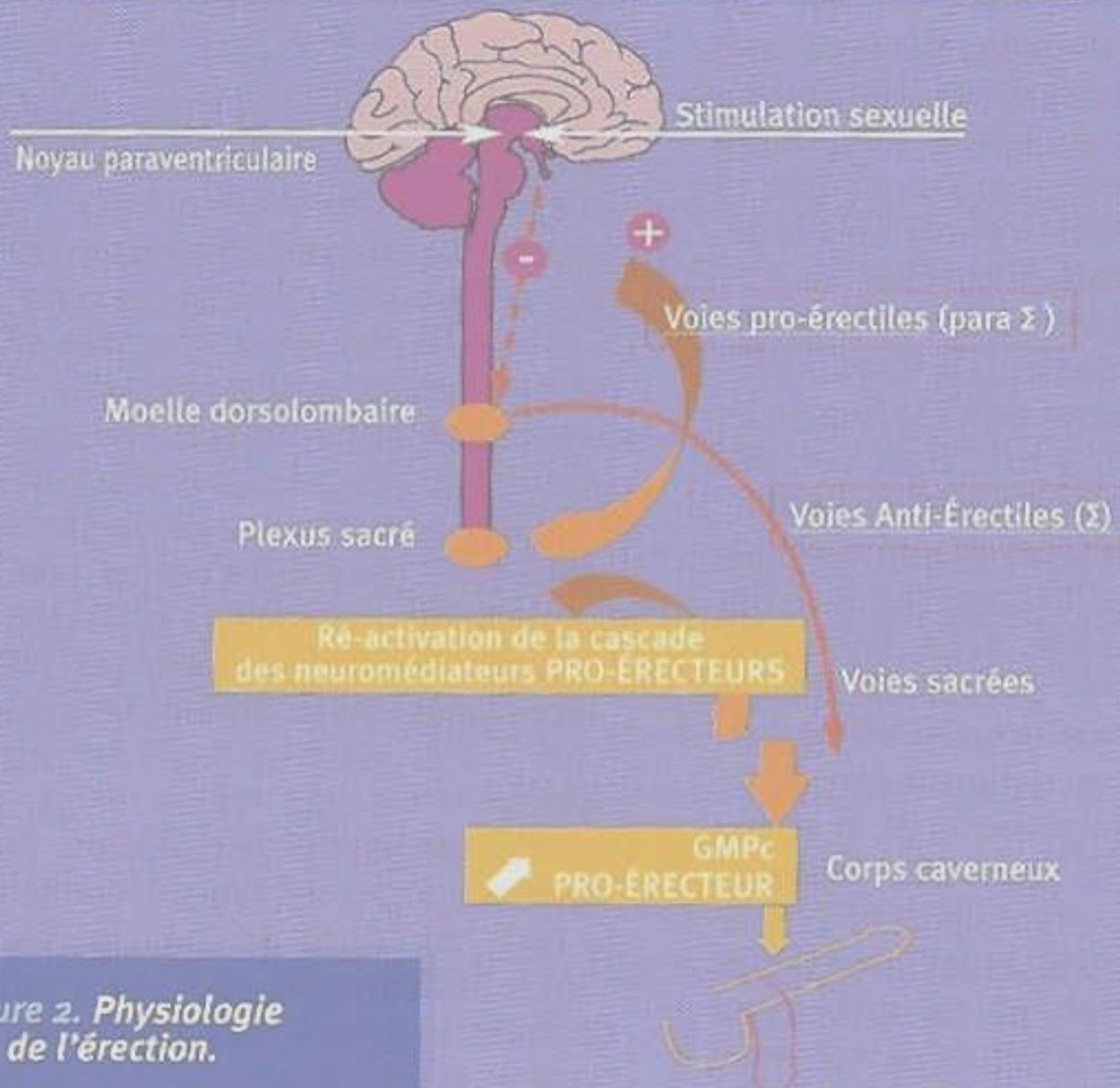


Figure 2. Physiologie de l'érection.

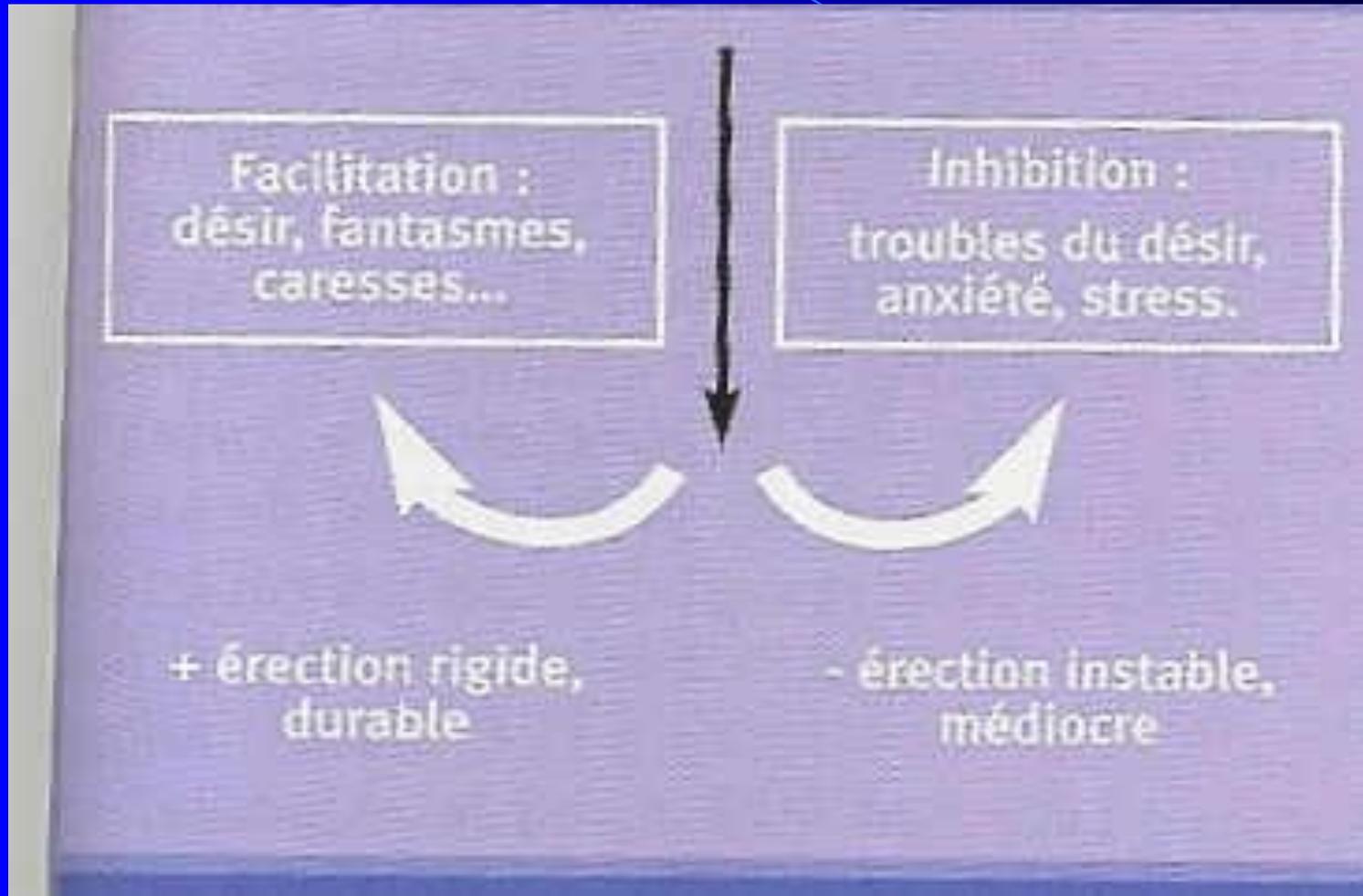
PHYSIOLOGIE DE L'ERECTION

- Centre ortho-sympathique = centre clé érection
 - mise en jeu intempestive → détumescence verge avec parfois disparition complète érection
 - très difficile rétablissement érection malgré recours fantasmes et stimulation verge
 - relaxation conditionne ouverture récepteurs sensitifs gland et apparition messages de plaisir facilitant érection et permettant éjaculation
- Mécanismes permettent compréhension dysfonctions érectiles psychogènes et éventuel échec thérapeutique chez patients psychogènes

DE LA PHYSIOLOGIE A LA PATHOLOGIE

- Fonctionnement réflexe, indépendant volonté
- Déclenchement répond à pulsion sexuelle appelée désir
- Stimulus psychique/fantasmes et physique/caresses
- COS inhibé pendant érection avec ↓ tonus
- COS directement activé en cas de danger, inquiétude et stress
- La DE psychogène :
 - la souffrance
 - anxiété de performance
 - sentiment de dévalorisation
 - conflits personnels ou professionnels
 - stress chronique □ bloquer effet médicamenteux et supprimer érections matinales et nocturnes

LE PENDULE DE L'ERECTION



COMMENT INTERROGER MON
PATIENT??

QUESTIONS CLES

- Tumescence (faible?)
- Rigidité (Courte durée?)
- Erections matinales ?, Nocturnes ?
- Libido conservée?
- Ejaculation normale? prématurée? (Moins de 15 introitus ou < 8 minutes)
- Traitement?
- Antécédents personnels
- LUTS, Fertilité (Enfants ?),...
- Contexte professionnel, couple,....

QUEL BILAN REALISE??

EXAMEN CLINIQUE

- Scrotal (testicules, varicocèle, ectopie,....)
- Physique
- Gynécomastie?
- Poids, Taille
- Morphologie??

BILAN

- Laboratoire:
 - Testosterone totale et Biodisponible
 - LH, FSH
 - TSH, T3, T4
 - Prolactine
 - DHEA, oestradiol,....
- Radiologique
 - Echographie scrotale
 - Scanner cérébral?

QUELLE STRATEGIE THERAPEUTIQUE??

PROBLEMATIQUE THERAPEUTIQUE

- Normaliser autant que possible le tonus ortho-sympathique
- Fruit collaboration médecin/patient puis communication entre partenaires (Médecin, sexologue,...)
- Traitement médicamenteux ne joue que sur un des facteurs
- Jouer sur stress et communication dans le couple en levant le tabou de la sexualité

PROBLEMATIQUE THERAPEUTIQUE: FACTEURS LIES AU COUPLE

- L'issue positive de la prise en charge d'une DE dépend de:
 - Motivation du couple à fonctionner avec une bonne harmonie sexuelle
 - Complémentarité ou similitude des attentes réciproques (sexualité et couple)
 - Respect réciproque des partenaires et différences, avec absence de conflit
 - Leurs habiletés, leur connaissance de la sexualité réciproque et leur aptitude à en communiquer

PROBLEMATIQUE THERAPEUTIQUE: FACTEURS LIES AU COUPLE

- **Les facteurs négatifs sont:**
 - Conflits de couple
 - Troubles de la personnalité de l'un des partenaires
 - Manque d'attachement et de motivation de l'un des partenaires
 - Facteurs psychiatriques intercurrents (manque d'estime de soi, dépression, peurs, anxiété, inhibition, Problème communication)
 - Manque de désir de l'un des partenaires

PROBLEMATIQUE THERAPEUTIQUE: FACTEURS LIES AU COUPLE

- Evaluation de la partenaire, sa personnalité, ses attentes et ses interventions vis-à-vis de la DE de son partenaire ne doit pas être oublié avant toute prise en charge d'une DE(organique ou non)
- Selon qu'elle soutienne ou freine la consultation et donc le traitement de son partenaire, le pronostic de l'évolution en sera modifié
 - Moindre intérêt sexuel, sécheresse vaginale, dyspareunie, anorgasmie, vaginisme,...
 - Femme dépressive, négative, revendicatrice, peu tendre,...
 - Partenaire peu sûr de lui, anxieux, fragilisé(chômage, conflit professionnel), Pb financier,....

PROBLEMATIQUE THERAPEUTIQUE: FACTEURS LIES AU COUPLE

□ Partenaire hostile

- Attitudes de frustration, reproches et refus de nouvelles relations sexuelles (si abandon de la relation par l'homme)
- Pas rassurante, reproches et souffrance (si partenaire agressif)

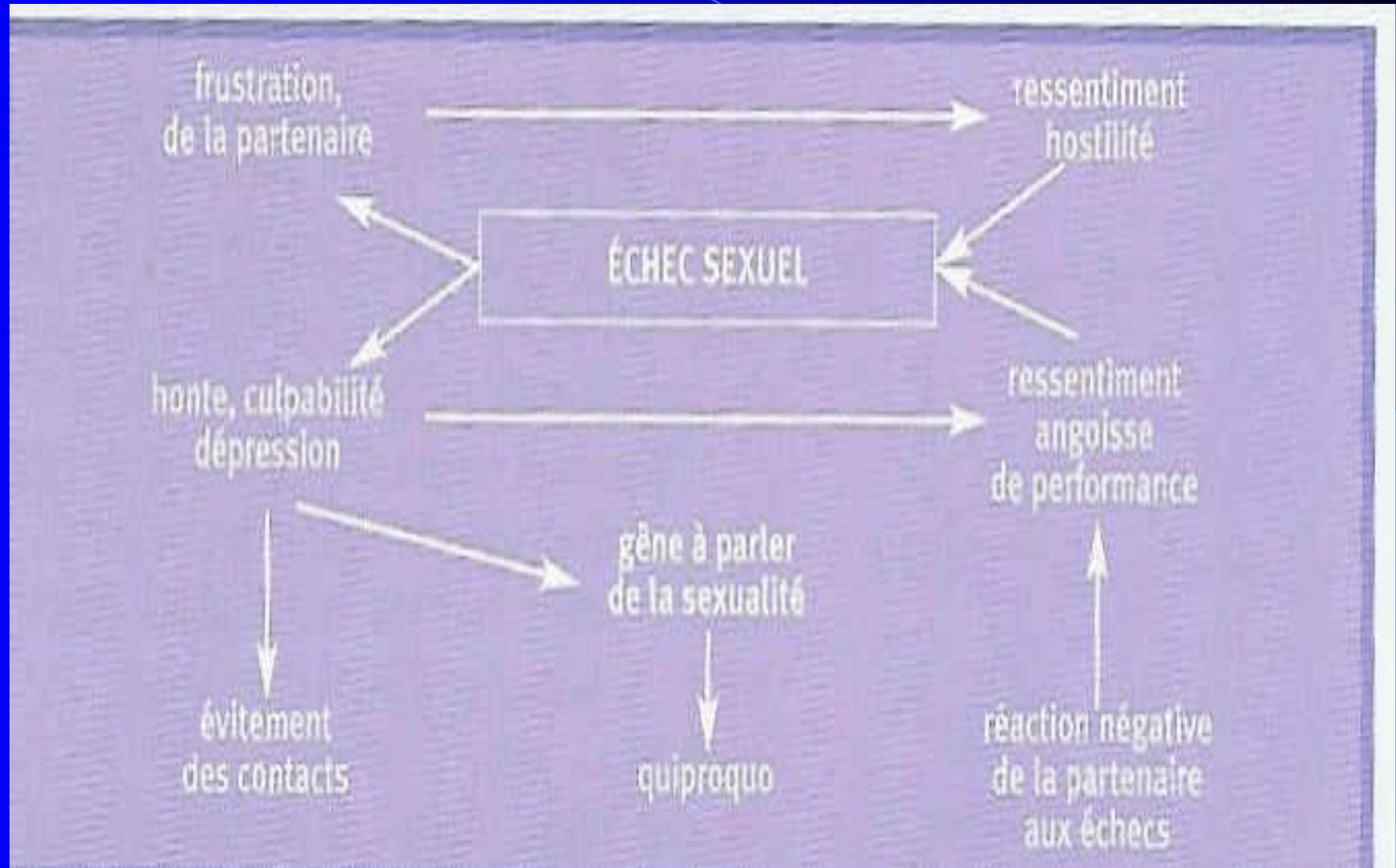
□ Partenaire passive

- Eviter d'en parler voire de stimuler le partenaire
- Eviter le sujet, silence et deuil de la sexualité dans une souffrance muette et réciproque

□ Partenaire active

- Rassurante, attitude active de coopération
- Rester dans un dialogue constructif

CERCLE VICIEUX



OBJECTIFS DU TRAITEMENT??

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX SYMPTOMATIQUE

- Faire disparaître ou améliorer le Σ sans considération autres paramètres, causes ou facteurs de dysérection
- Plainte patient = qualité érection: rigidité et tenue dans le temps
- Souhait thérapeute: obtenir érection suffisante permettant rapport sexuel avec pénétration et maintien jusqu 'à éjaculation

LIMITES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUE

- Depuis 10 ans, IPDE5
 - Véritable révolution dans prise en charge DE masculine
 - Radicalement transformé le pronostic
- Néanmoins, différents freins limitant l'utilisation et optimisation des résultats thérapeutiques

LIMITES TRAITEMENTS

- Insuffisance de prescription
 - DE touche 1 Homme / 3 de plus de 40 ans, 1/10 reçoit le traitement, qui est 1/2 IPDE5
 - Médiatisation ne vient pas à bout des tabous et interdits
 - Freins actifs côté patients et corps médical
- Abandons de traitement
 - 20 à 55 % parmi lesquels 29 à 78 % après la première prise
- Mauvais usages du médicament
 - Insuffisances de l'encadrement thérapeutique
 - Non-respect de simples précautions d'usage

LIMITES TRAITEMENTS

□ Echecs et faux échecs

- Abandon de traitement lié plus souvent à l'échec de certaines attentes irréalistes alimentées par battage médiatique
- Sentiment d'échec devant une non-réponse immédiate, aggravant détresse psychologique et absence de satisfaction
- Absence de désir de la partenaire ou impossibilité d'une deuxième érection après éjaculation trop précoce

□ Peurs et résistances diverses

- Difficulté à aller acheter le médicament
- Peur sur la dangerosité du médicament pour la santé

RESISTANCE INATTENDUE

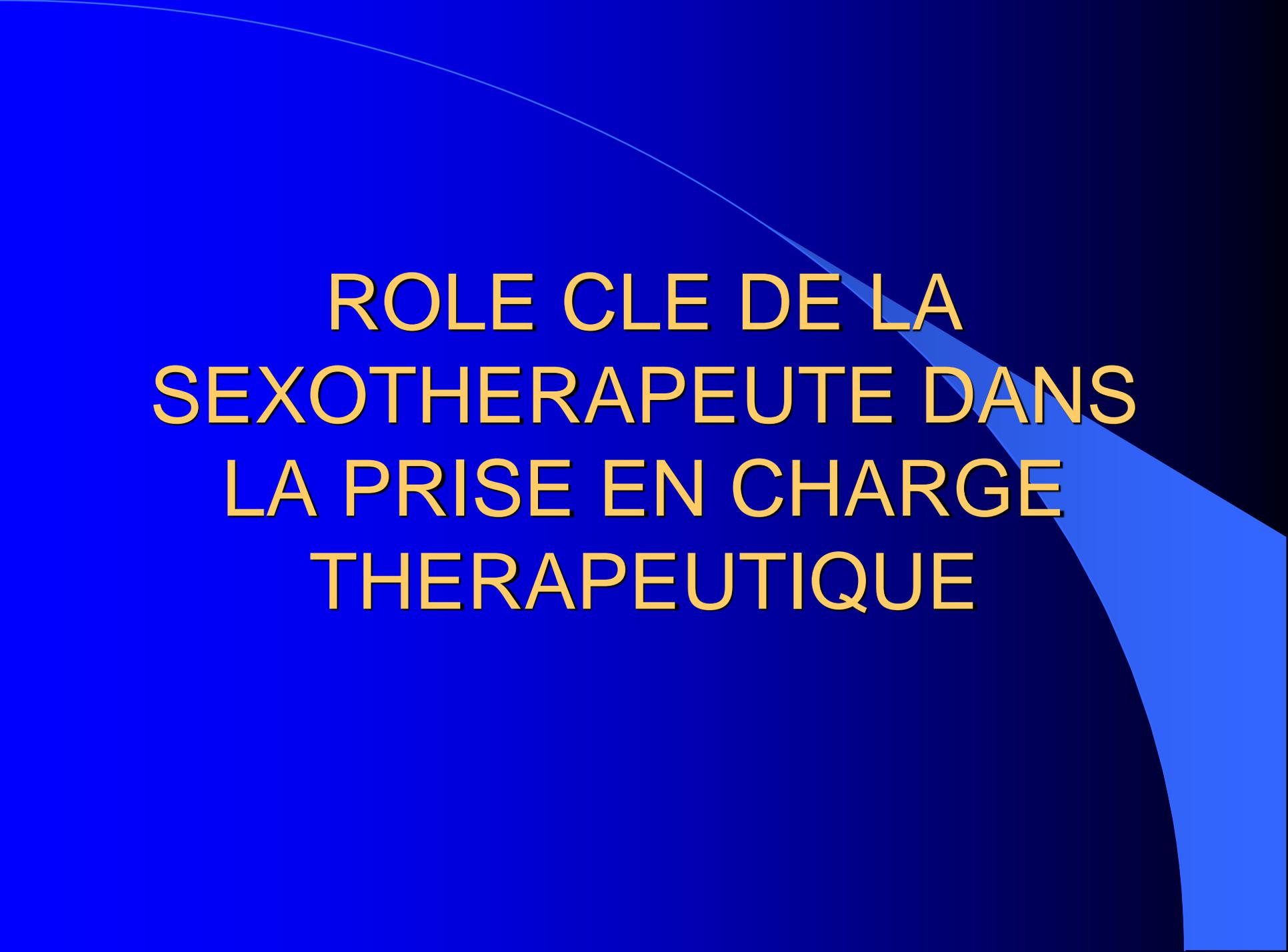
- Vulnérabilité organique
 - Patients polymédiqués avec facteurs comorbidité
 - Troubles bas appareil urinaire, responsable gêne importante aggravant DE et leur vécu
- Vulnérabilité sexuelle préexistante
 - Ejaculation précoce
 - Contexte douloureux et dyspareunique
 - Trouble du désir associés

RESISTANCE INATTENDUE

- Vulnérabilité de la partenaire
 - Trouble du désir (dysfonction sexuelle féminine, désir sexuel hypo-actif)
- Couple vulnérable
 - Troubles de la communication
 - Mécontentements conjugaux
- Vulnérabilité événementielle
 - Somme de événements de vie à forte connotation émotionnelle
 - Troubles anxio-dépressifs
 - Anxiété de performance

BASES DU « COACHING SEXUEL »

- Dégager les grandes lignes d'une logique thérapeutique
- Ne pas oublier les principaux paramètres de la DE
- Encadrer efficacement le traitement afin d'optimiser les effets



**ROLE CLE DE LA
SEXOTHERAPEUTE DANS
LA PRISE EN CHARGE
THERAPEUTIQUE**

PRISE EN CHARGE ET TRI DU PATIENT

- Définir une ligne diagnostique et thérapeutique en évitant les méandres de la complexité de la sexualité
- Optimiser l'interrogatoire du patient et apprendre à définir si le patient relève bien de la compétence du Médecin traitant, du spécialiste ou de la sexologie

DEFINIR LIGNE THERAPEUTIQUE

- Objectif thérapeutique
(guérison ou palliatif)
- Stratégie thérapeutique
(durée traitement, sevrage,
rôle du médicament)

ACCOMPAGNEMENT PATIENT

Plus de la moitié des patients insatisfaits deviennent répondeurs au même traitement après explication du mécanisme d'action du médicament et précautions d'usage

Conseils simples permettant de dépasser le contexte anxieux qui aggrave toujours le perte d'érection

SUIVI DU PATIENT

- ❑ Encadrement ne se limite pas à la première prescription
- ❑ Gestion du découragement et des pensées négatives
- ❑ Prendre le temps d'analyser les raisons de la non-satisfaction (découragement, mauvaise observance du traitement, refus de la partenaire face à une érection rigide)
- ❑ Détecter un facteur de gravité non repéré dans un premier temps

COMMENT CHOISIR LE TRAITEMENT??

CHOIX DU MEDICAMENT

IPDE5

- T1/2 courte (Sildenafil, Vardenafil)
possibilité de prévoir le rapport sexuel
(relations sexuelles peu fréquentes ou
rencontres programmées)
- T1/2 long (Tadalafil 10-20 mg)
couples entretenant une sexualité régulière

POSSIBILITES THERAPEUTHIQUES

Les IIC (Edex, Caverject dual)

- 92% répondeurs diabétiques
- Morbidité peu importante
- Apprentissage facilité pour diabétiques
- Gestion des échecs aux traitements per os
- Pas d'interaction connue avec les différents traitements utilisés en cardiologie
- Précaution d'emploi avec anticoagulants

POSSIBILITES THERAPEUTHIQUES

Causes de DE (Nb de patients)	% Rpondeurs patients	% Rpondeurs injections
Neurog,ne (n=118)	98%	88%
Vasculaire (n=215)	92%	86%
Psychog,ne (n=268)	95%	90%
Diab'tique (n=94)	92%	86%
Autres causes (n=30)	95%	87%
Combin'e (n=123)	95%	87%

POSSIBILITES THERAPEUTIQUES

- Suppositoire urétral à mettre au travers du méat:
 - ALPROSTADIL trans-urethral ou MUSE®
 - VITAROS 300
- Pompe à vide
- Prothèse pénienne, dernière intention

DE ET EJACULATION PRECOCE

- Gels topiques sur le gland
 - Xylocaine gel
- Traitement Oral
 - Paroxétine
 - Fluoxétine
 - Dapoxetine (Priligy)

TRAITEMENTS NON SPECIFIQUES

- Traitement anxiété et dépression : anxiolytiques et anti-dépresseurs
- Traitement hypo-androgénie ou andropause: déficit progressif lié à l'âge (DALA) avec:
 - ↓ libido, troubles dépressifs et cognitifs
 - raréfaction des érections spontanées matinales et nocturnes
 - altération qualité des érections, fatigabilité
 - si pas de CI(néo prostate): traitement supplétif

ANDROGENES ET DE

□ Indiqués si:

- **Testostérone totale** <2 ng /ml(6.9nmol/l)
- **Testostérone libre(bio disponible)** <0.8ng/ml(2.8nmol/l)

□ Contre-indiqués dans:

- Cancer prostate ou sein
- Adénome hypophysaire à prolactine non traité

□ Traitements androgéniques:

- **IM:** Androtardyl 250 mg/ 3 semaines ou Nebido1000mg/3 mois
- **Per os :**Pantestone (Undecanoate) 4 à 6 co/j
- **Transcutané:** Androgel 25-100 mg/j , Testo-Patch (1,2-1,8-2,4 mg) de préférence le matin

ET NOS PATIENTS HOMMES
PRESENTANT UN CANCER
DE PROSTATE??

PROSTATECTOMIE RADICALE TOTALE

- ❑ Facteurs de co-morbidité (Diabète, HTA, Neurologiques, Cardio-vasculaires,...)
- ❑ Problématique préservation des pédicules vasculo-nerveux (Uni- ou bilatérale) en fonction des caractéristiques néoplasiques
- ❑ Problématique de la disparition de l'éjaculation
- ❑ Problématique du plaisir sexuel post-prostatectomie
- ❑ Problématique de la pré-donation de sperme (Patient jeune ou partenaire jeune,...) CECOS
- ❑ Pourcentage de réussite en fonction du type de préservation (Entre 25 et 80%)

PROSTATECTOMIE RADICALE TOTALE

- Intérêt rééducation pré-opératoire et précoce post-prostatectomie
- Délai d'apparition Erection spontanée
- Problématique oxygénation des corps caverneux
- Collaboration étroite du Médecin généraliste
- Timing de la thérapeutique

REEDUCATION PRE-OPERATOIRE

- En fonction de la situation antérieure
 - Vie sexuelle normale
 - Ne rien proposer (Voire Score IIEF-5)
 - Proposer IIC (Apprentissage:1 ou 2 fois)- Support Vidéo
 - Dysfonction érectile connue
 - Essai IPDE5
 - Proposer IIC (Apprentissage: 1 ou 2 fois)- Support Vidéo
 - Vacuum
 - Aucune vie sexuelle (Pas de partenaire)
 - Informations de toutes possibilités

TRAITEMENT HORMONAL

(Agonistes LH-RH, Anti-androgènes)

- Testostérone totale < 0,3 mg/dl, Testostérone libre effondrée
- Perte de libido, voire disparition complète de désir sexuel (Surtout si pas de rapports sexuels avant le traitement)
- Si désir d'activités sexuelles, essai:
 - IIC (Double dose possible: Max 40 mg)
 - Vacuum (Pompe à vide)

BRACHYTHÉRAPIE RADIOTHÉRAPIE

- Possibilité de garder les rapports sexuels (En moyenne dysfonction varie entre 5 à 40% après 24 mois)
- Possibilité de perte de libido (Contexte de néoplasie prostatique)
- Désagréments urinaires et rectaux
- Utilisation en cas de besoin:
 - Inhibiteur PDE5 (Sildenafil, Wardenafil, Tadalafil)
 - IIC
 - Vacuum

QUE RETENIR??

POSSIBILITES THERAPEUTHIQUES

Thérapies intégratives (« Coaching sexuel »)

- Développer des lignes thérapeutiques véritables
- Prescription éclairée, permettant au patient d'aller vers le changement, condition de guérison
- Le changement est redéfinition complète de la relation à l'autre et à soi-même
- Le changement est élan retrouvé vers l'autre et promesse du plaisir à venir

CONCLUSION

- Le couple: espace de référence de la relation sexuelle, lieu d'émergence du symptôme sexuel, mais aussi celui de sa résolution
- Véritable objectif est la récupération progressive de la fonction sexuelle et le renouveau du jeu amoureux
- La partenaire peut être le chaînon clé de la guérison

