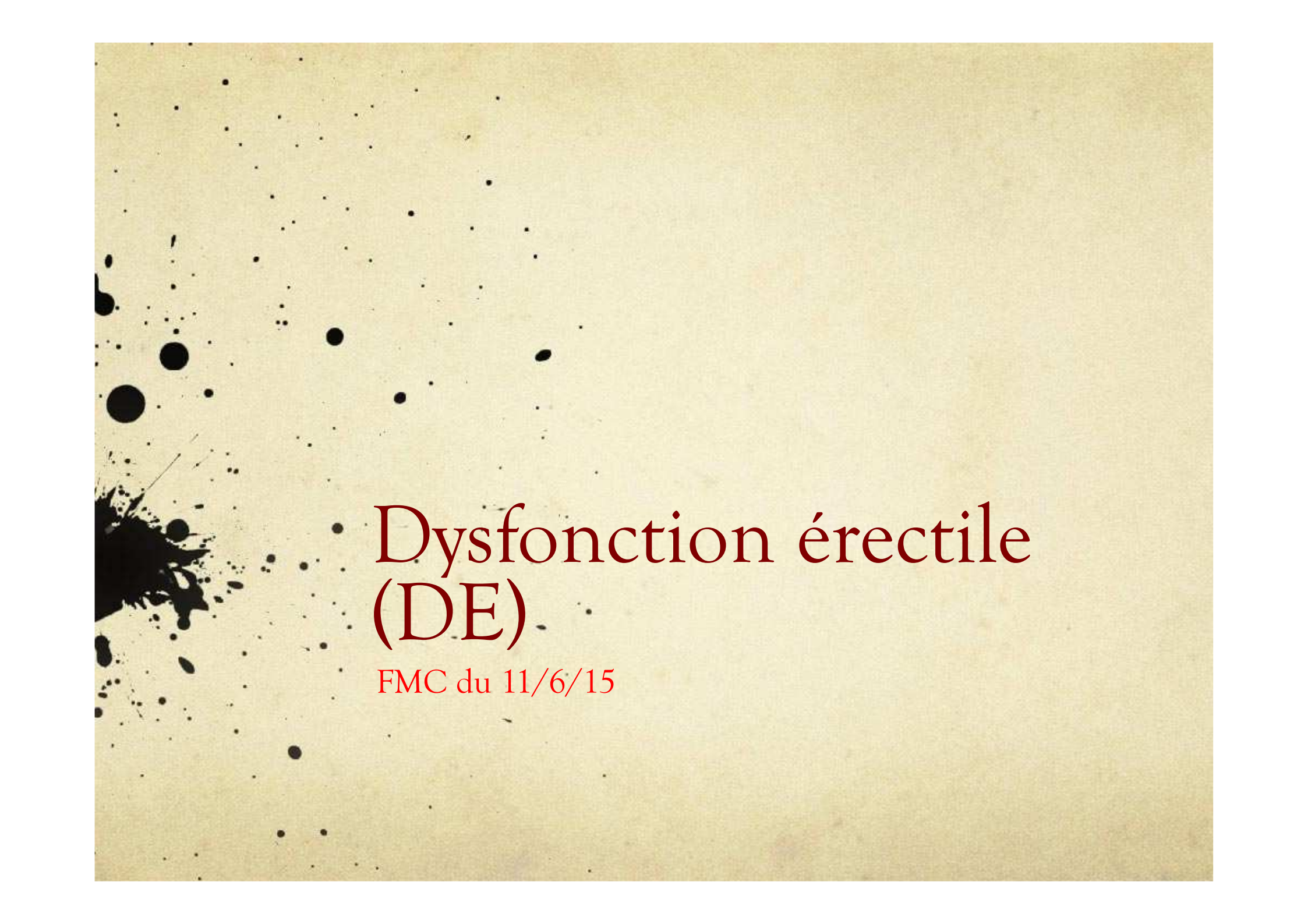




Dysfonction érectile (DE)

FMC du 11/6/15

○ COMMENT RÉAGISSEZ-VOUS ?

1/ Interrogatoire

- Sur la fonction érectile: érections matinales, nocturnes? Fonctionnalité de la masturbation?
- Sur les antécédents: autres troubles sexuels?
- Autres aspects médicaux: tabac, alcool, autres facteurs de risque cardiovasculaire, médicaments et/ou drogues associés

2/ Examen clinique

- Examen cardiovasculaire (TA, pouls, souffle), poids/taille/IMC
- Examen des OGE: taille du sexe, problème de prépuce ou de décallotage, palpation des testicules
- Autres: palpation thyroïdienne, recherche d'atteinte rachidienne ou pelvienne (surtout si atcdt de trauma ou maladie neuro.), recherche d'incontinence...

3/ Discussion autour des aspects psychologiques et historiques

- Histoire détaillé du trouble, circonstance de survenue, évolutivité, réaction de la – ou des – partenaire(s)
- La partenaire a-t-elle un symptôme en miroir de la dysfonction érectile? (due à celle-ci? À l'origine de la DE?...)
- Histoire du patient et de sa sexualité, de la masturbation
- Orientation sexuelle

- Faire raconter le premier rapport sexuel++
- État psychologique: syndrome dépressif?
Pensées parasites? Anxiété de performance?
- Autres abords intéressants: état des lieux de l'imaginaire érotique et de sa fantasmatique, rapport avec la pornographie, répertorier les « codes d'attraction » du patient,...
- Parfois avis de la partenaire important car description des troubles différente, dédramatisation...

○ QUE PROPOSEZ-VOUS?

1/ Bilan biologique?

- Discutable, car homme jeune sans atcdt et à priori en bonne santé
- Mais occasion d'un premier bilan de santé (lipidique, glycémie à jeun ou HbA1C, NF, iono., fonction rénale, TSH) et éventuellement de dépistage (sérologie VIH, VHC, VHB) du fait de l'abord de la question de la sexualité

2/ Aide médicamenteuse?

- Intérêt: OUI de principe, la demande est pressante, l'aide est indéniable avec l'histoire récente, la dévalorisation du patient et l'impact exprimé
- Rapport bénéfice/risque du tt
- Service rendu temporairement: oui mais et après...

Penser à la
définition de santé
sexuelle

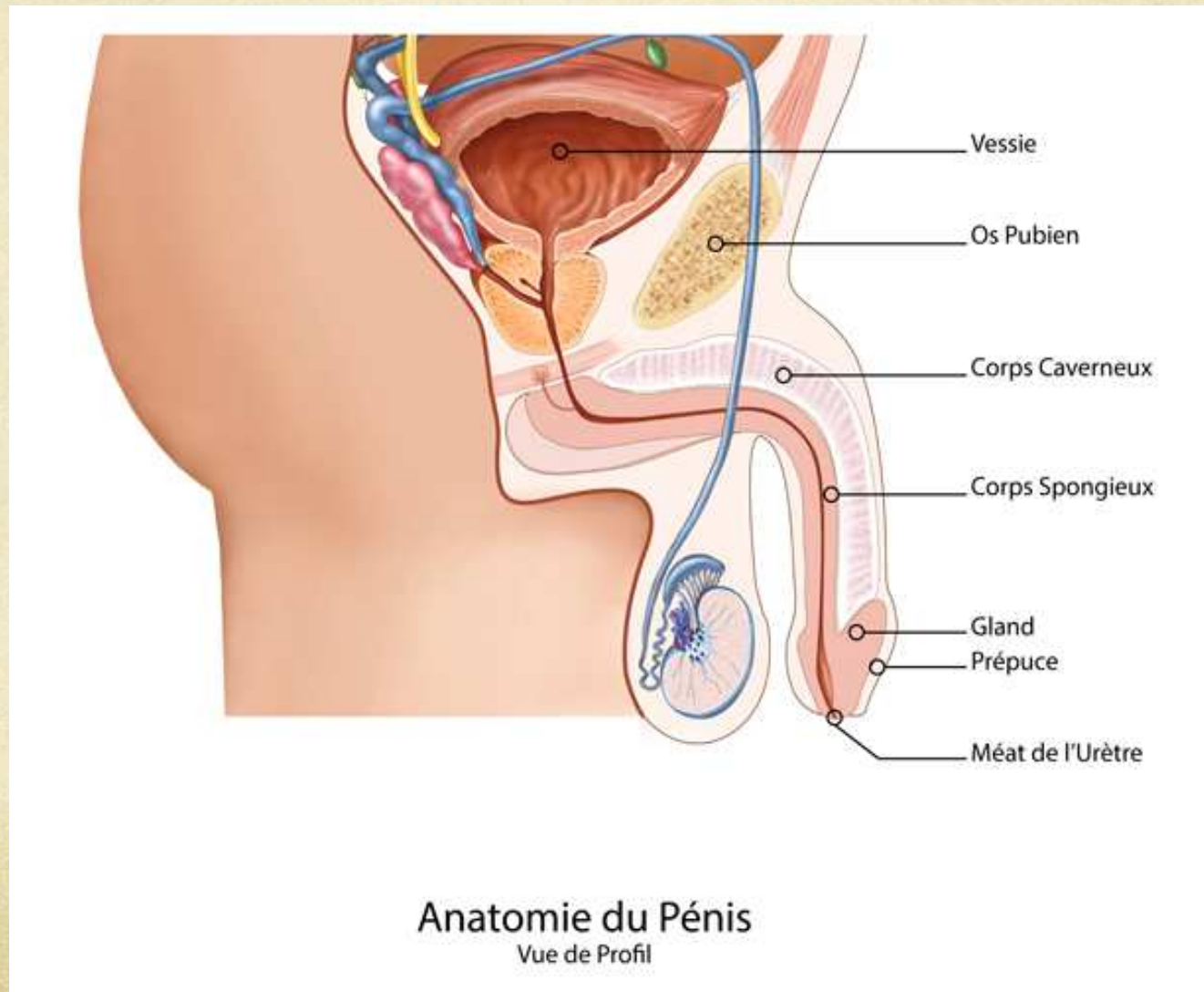
3/ *Accompagnement*

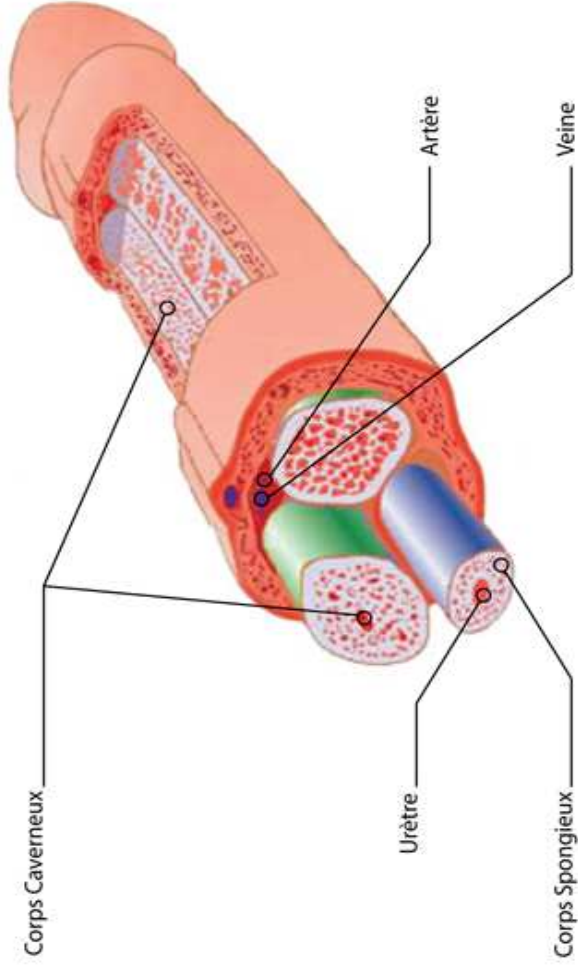
- Possibilité de se revoir, de réévaluer la situation...
- Sexologue (DIU de sexo.): oui lorsque la prescription n'est pas indiquée ou désirée, ou ne suffit pas à la satisfaction du patient

MAIS remboursement possible si médecin sexologue, prix variables,...

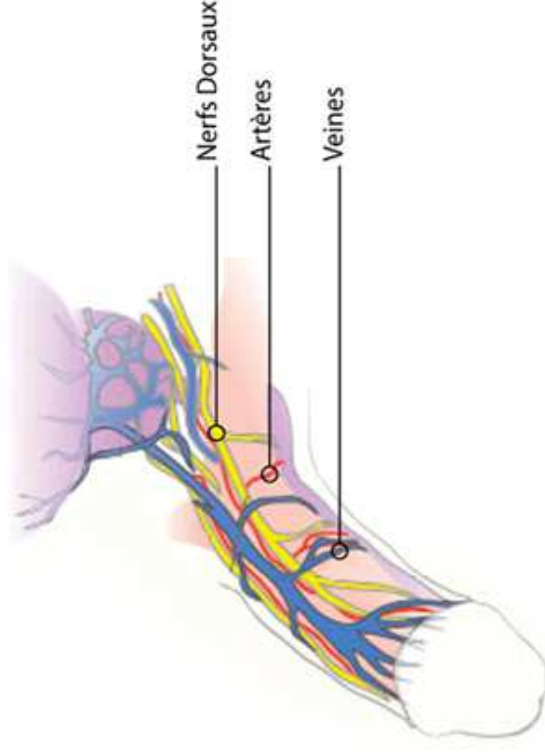
La dysfonction érectile

○ 1/ Anatomie du pénis





Anatomie du Pénis
Coupe Transversale



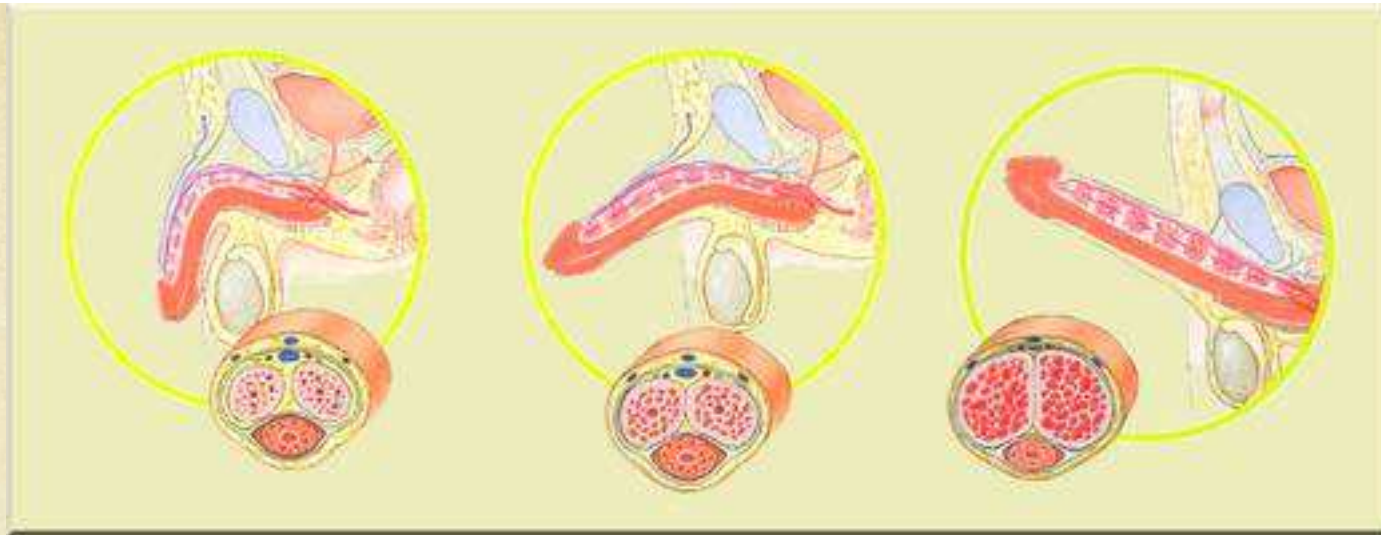
Vaisseaux et Nerfs du Pénis
Vue de Profil

○ 2/ *Physiologie de l'érection*

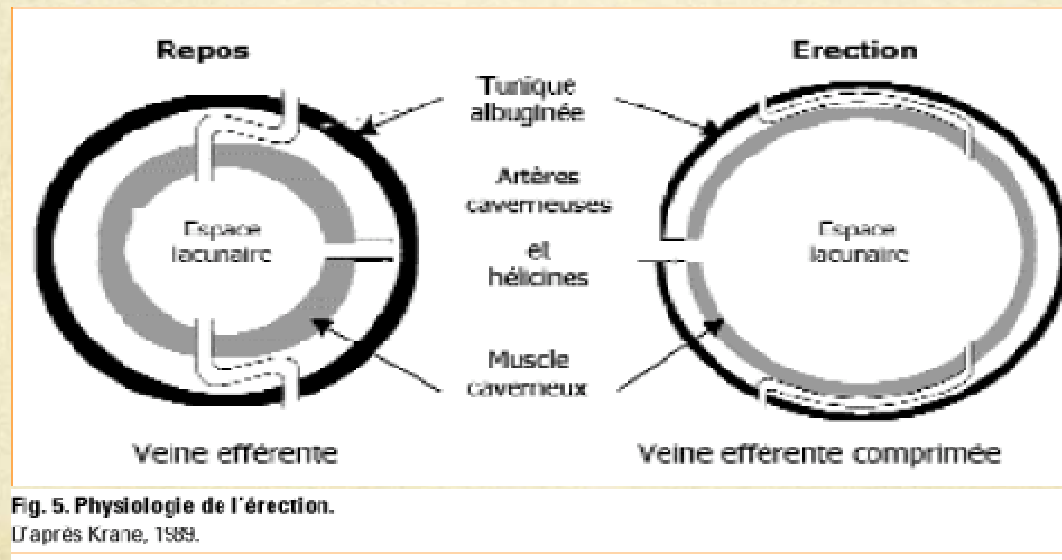
- Phénomène neurologique et vasculaire complexe, au cours duquel le pénis alterne entre flaccidité et érection, contrôlé par des influx nerveux sympathiques (contraction), parasympathiques (relaxation) mais aussi par des neurotransmetteurs au niveau central et local.

- On parle d' «éponge vasculaire active », nécessitant l'association de 3 phénomènes consécutifs à une stimulation sexuelle:
 - ⇒ La relaxation du muscle lisse caverneux
 - ⇒ La vasodilatation et l'augmentation du débit artériel pénien
 - ⇒ L'occlusion veineuse au niveau sous-albuginé

- Schéma physiologique: stimulation sexuelle => activation SN para => myorelaxation => pr. intracaverneuse diminue => afflux de sang dans les artères pénienues et étirement fibres de l'albuginée (donc allongement de la verge) => augmentation pr. intracaverneuse ou érection avec veino-occlusion => phase de plateau => éjaculation provoque la détumescence => période réfractaire



- Figure 1: Flaccidité, tumescence, rigidité: décomposition des états par lesquels passe la verge lors d'une érection



- Figure 2: schéma de la compression des sorties veineuses lors de l'érection

○ 3/ *Définition de la dysfonction érectile*

- Anciennement impuissance, le terme est adopté en 1993 surtout pour enlever la connotation péjorative.
- Depuis 1994, elle est définie par « l'incapacité persistante ou récurrente pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle »., avec association d'une durée du trouble de 3 mois nécessaire pour établir le diagnostic.

○ Selon le DSM-IV, c'est « l'incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir, jusqu'à accomplissement sexuel, une érection adéquate, à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

⇒ Prend en compte la dimension de souffrance morale de l'homme et/ou du couple

○ Définitions n'abordant pas les troubles du désir, de l'éjaculation et de l'orgasme.

○ 4/ *Classification des dysfonctions érectiles*

(selon la International Society of Impotence Research en 1999)

○ I) ORGANIQUE

1/ Vasculaire:

- a) Artérielle
- b) Caverneuse
- c) Mixte

2/ Neurogène

3/ Anatomique

4/ Endocrinienne

5/ Induite par les médicaments

○ II) PSYCHOGÈNES

1/ Généralisée

a) Insensibilité (absence de réponse) généralisée

- Manque primaire d'excitabilité sexuelle
- Baisse d'excitabilité sexuelle liée au vieillissement

b) Inhibition généralisée

- Troubles chroniques de l'intimité sexuelle

2/ Situationnelle

a) Relatif à la partenaire

- Manque d'excitabilité dans une relation spécifique
- Manque d'excitabilité en raison de l'objet de la préférence sexuelle
- Haute inhibition centrale en raison de conflits ou de menace du partenaire

b) Relatif à la performance

- Associée à d'autres dysfonctions sexuelles (ex.: éjaculation précoce)
- Anxiété de performance situationnelle (telle que la peur de l'échec)

c) Détresse psychologique ou liée à l'ajustement

- Associée à un état d'humeur négative (tel que la dépression) ou de situation de stress important (ex.: décès du conjoint)

○ III) MIXTE

La prescription médicamenteuse

SILDENAFIL = Viagra®

- Classification: inhibiteur spécifique de la phosphodiesterase 5 (PDE5)
- Pharmacodynamie: nécessité de stimulation sexuelle pour libération de NO dans le corps caverneux et donc augmentation de GMPc qui relâche les muscles lisses du corps caverneux, favorisant l'afflux sanguin. Le Sildénafil inhibe la PDE5, qui dégrade moins la GMPc et donc augmente l'effet relaxant
- Pharmacocinétique:
 - ⇒ Absorption rapide, avec pic plasmatique dans les 30 à 120 min
 - ⇒ Métabolisme utilisant la voie du cytochrome (CYP3A4 et CYP2C9)
 - ⇒ Élimination digestive (90%) et urinaire (10%), avec demi-vie de 3 à 5h

- Posologie:

- ⇒ Initiale: - 50mg, une fois par jour maximum chez
sujet sain >18 ans, - 25mg chez le sujet âgé >65
ans, IR ou Insuffisant hépatique sévère
- ⇒ Entretien: 25 à 100mg/jour

- Mode d'administration: oral avec eau ou orodispersible
(action retardée avec nourriture), 1h environ avant le
rapport

- Délai d'action: 30min à 1h

Effets indésirables:

- ⇒ Liés à la vasodilatation: céphalées+++, bouffées de chaleur++, flushs ou bouffées vasomotrices/rougeurs de la face++
- ⇒ Troubles cardiovasc.: palpitations++, syncopes, hyper- ou hypoTA, tachycardie, AVC, DT ou angor, IDM, allongement QT, morts subites
- ⇒ Troubles digestifs: bouches sèches+, dyspepsies++, douleurs abdom., vomissements, diarrhées
- ⇒ Troubles de la vision: visions en bleu ou vert+ (dose-dépendantes et réversibles), NOIA, pertes de vision de durées diverses, photophobies, douleurs, irritations...
- ⇒ Pertes brutales auditives d'une ou deux oreilles, souvent définitives avec ou sans vertige
- ⇒ Érections prolongées ou priapisme
- ⇒ Autres: insomnies, anxiétés, épistaxis ou congestion nasale++, rétentions d'eau, douleurs de jambes, myalgies...

Remarque: +++ = >10% ou très fréquent, ++ = >1% ou fréquent, + = peu fréquent

- Interactions médicamenteuses:

- ⇒ C-I absolues d'association avec dérivés nitrés (dont les Poppers) et avec donneurs de NO et nitrates
- ⇒ Associations déconseillées avec médicaments aux mêmes effets indésirables car risque d'addition et inhibiteurs du CYP3A4 (**ex.**: Télithromycine ou autres, Kétoconazole ou autres, antirétroviraux...)
- Autres C-I: hypersensibilité, patients ayant une NOIA, et autres patients non-étudiés (IH sévère, atcdt récent d'AVC ou d'IDM, hypo- ou hyperTA non contrôlée, IC stade 3 ou 4 NYHA, troubles dégénératifs connus de la rétine

- Commercialisation:

⇒ En France depuis 1998, avec demande de switch « non soumis à prescription » par Pfizer en 2008 refusée et donc publicité interdite pour Viagra®

⇒ Génériqué depuis 2013

⇒ Plaquettes de 4, 8 ou 12cp

⇒ Prix: 2 à 3 € le cp. depuis les génériques (12 € environ avant), non remboursé par la SS

TADALAFIL= Cialis®

- Particularités:

- ⇒ demi-vie longue (17,5h) permettant de réduire la « programmation » de la prise en vue d'un éventuel rapport et donc la dépendance à la médication pour le patient et sa partenaire, ainsi que d'élargir le créneau horaire de la possibilité de rapport
- ⇒ Absence d'interaction avec la nourriture

- Risque:

- ⇒ Demi-vie longue chez les patients à risque (ex.: apparition d'angine de poitrine dans les heures suivant la prise empêchant l'administration de nitré (48h plus tard))

Tableau 1: comparaison des caractéristiques pharmacocinétiques des IPDE5 disponibles en France

	SILDÉNAFIL = Viagra®	TADALAFIL = Cialis®	VARDÉNAFIL = Levitra®
DOSAGES DISPONIBLES (comprimés en mg)	25-50-100	2,5-5-10-20	5-10-20
DOSE USUELLE (mg)	50	10	10
DOSE MAX RECOMMANDÉE (mg)	100	20	20
FRÉQUENCE	1 prise par jour		

	SILDÉNAFIL = Viagra®	TADALAFIL = Cialis®	VARDÉNAFIL = Levitra®
DÉBUT d'ACTION	35 min. à 1h avant rapport	35 min. avec intervalle minimum de 30 min. Avant rapport	25 à 60 min. avant rapport
C _{max}	30-120 min. à jeun (médiane=60 min.)	120 min.	30-120 min. à jeun (médiane=60 min.)
DEMI-VIE D'ÉLIMINATION TERMINALE	3-5h	17,5h	4-5h
FENÊTRE THÉRAPEUTIQUE	4-5h	24h	4-5h
INTERACTION AVEC LA NOURRITURE (repas gras)	Vitesse d'absorption diminuée si prise avec nourriture	Non	Non, si <30% de matières grasses
ÉLIMINATION	Majoritairement dans les fèces		
	80%	60%	>90%

○ Le succès des IPDE5 nécessite le respect de 5 règles de prescriptions essentielles:

- Y associer une stimulation sexuelle, nécessaire pour libérer du NO
- Choisir un intervalle approprié entre la prise et le rapport
- Prise de plus de 2h après le dernier repas pour le Sildénafil
- En cas de résultats insuffisant, augmenter la posologie jusqu'au dosage maximum autorisé
- Ne pas renoncer avant au moins 4 essais avec le dosage le plus élevé dans la mesure où les résultats ne sont souvent obtenus que progressivement (les prises répétées augmentent les probabilités cumulées d'obtenir une érection suffisante pour un rapport sexuel satisfaisant)

○ 2 modes d'administration:

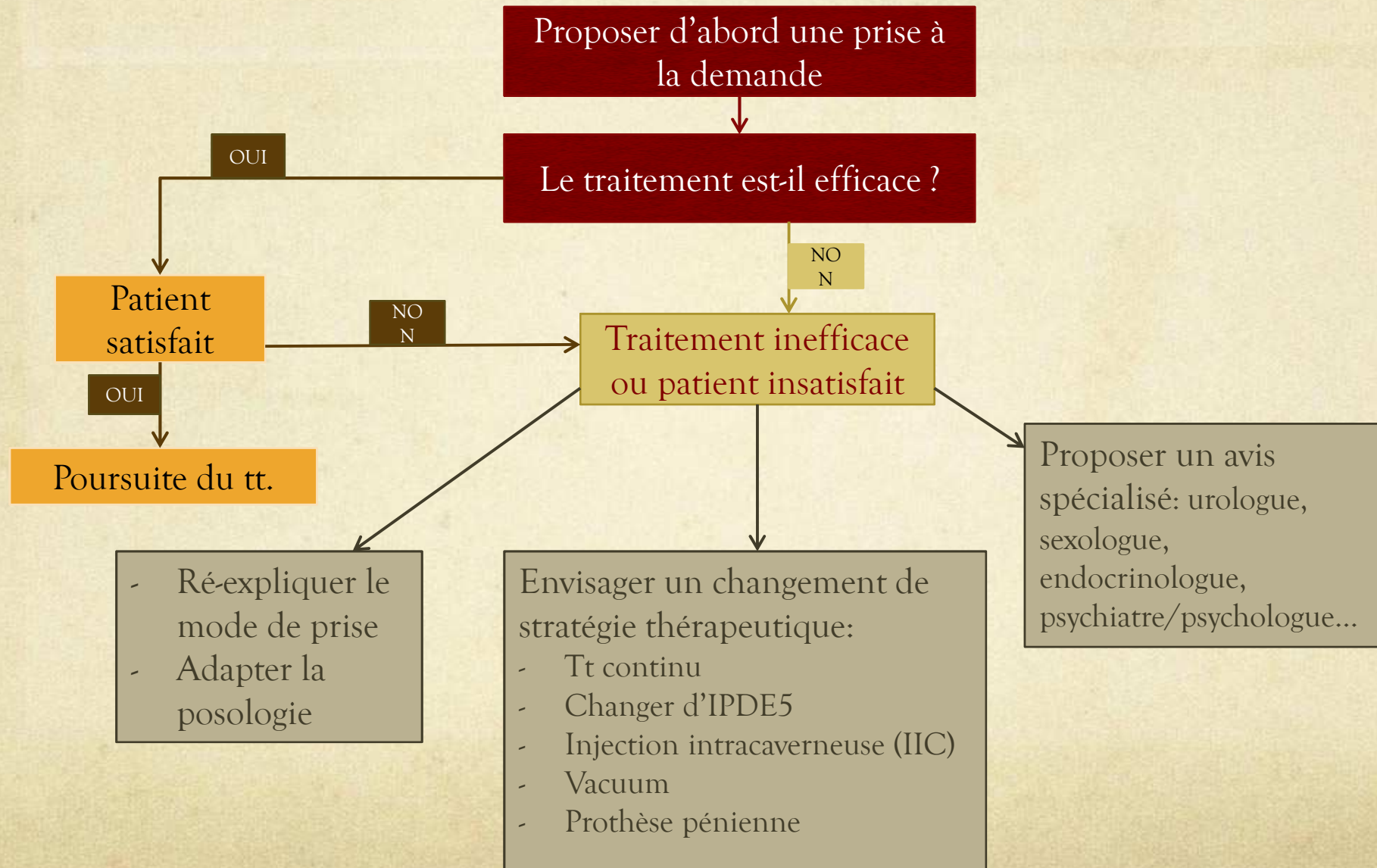
⇒ À la demande, avant toute relation sexuelle

⇒ En administration quotidienne, à la même heure, mode utilisé pour les patients répondant bien à la demande désireux de relations sexuelles fréquentes (au moins 2 fois par semaine)

Remarques:

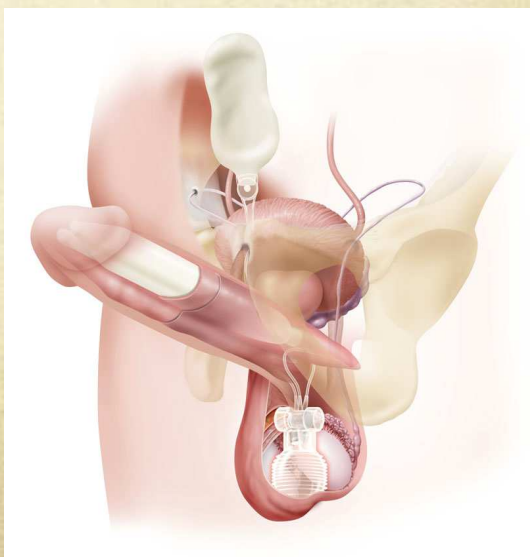
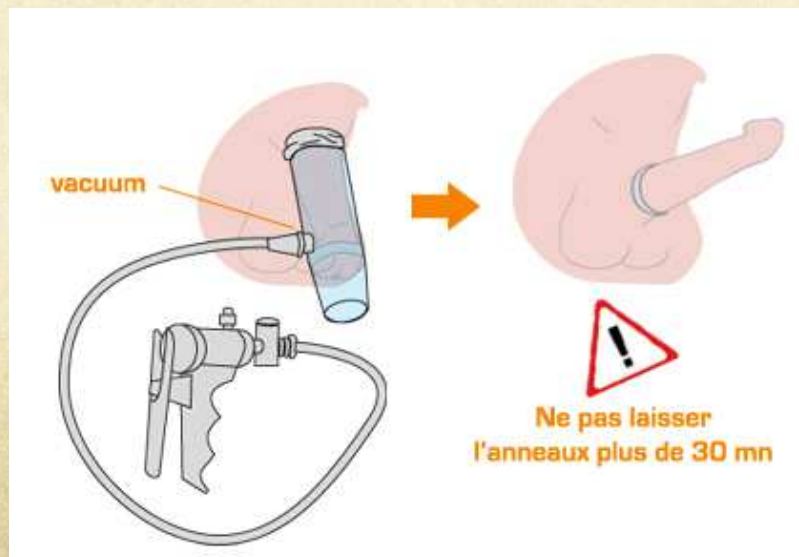
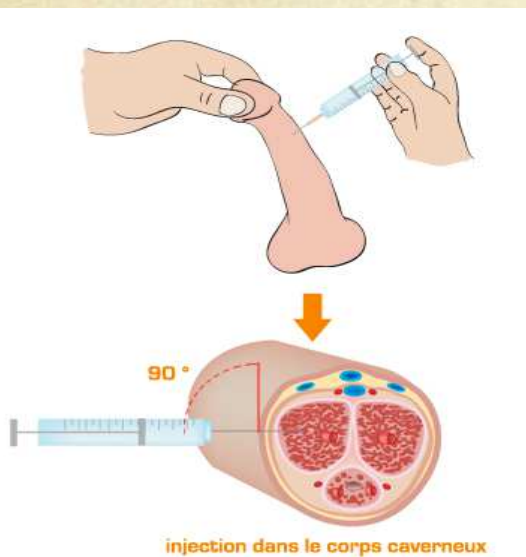
- 55% des patients répondent à la première prise, 65% après 2 prises, parfois besoin de 8 tentatives
- Nécessité parfois de temps au couple qui n'a plus eu de rapports sexuels
- Taux de non-répondeurs vrais estimé entre 20 et 30%
- Peu de résultats probants en cas de prostatectomie et cystectomie radicales, chirurgie colorectale et diabétiques neuropathiques

Stratégie de prise en charge de la dysfonction érectile avec un IPD5



Remarques:

- Réviser les modalités de prise: correction d'au moins 50% de ces « faux-échecs »
- Administrer en continu (prise quotidienne à heure fixe) récupère plus de 50% des échecs du Sildénafil et Tadalafil
- Parfois utile de rechercher un hypogonadisme associé à la DE (testostérone abaissée)
- Traitements locaux:



Bibliographie

- Barbin Aleric: la dysfonction érectile, thèse pour le DE de docteur en pharmacie, Université de Nantes, Avril 2011
- Lizza E.F., Rosen R.C.: Definition and Classification of erectile dysfunction: report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research. Int. J. Impot. Res., 1999; 11:141
- Porst H., Buvat J.: Oral pharmacotherapy of erectile dysfunction. Standart in Practice in Sexual Medecine, 2006, 75-93
- Revue Prescrire
- Thériaque, Vidal
- DPC SFTG médecine générale et sexologie

