Plaidoyer et propositions pour une prise en charge cohérente des troubles de l'érection

Advocacy and Proposals for a Rational Care of Erectile Dysfunction (ED) in France

R Virag [1], H Sussman [1], E Allaire [1,2]

1-CETI, Paris.
2- Clinique Geoffroy Saint Hilaire, Paris.

Résumé

Intéressant plus de 30 % de la population masculine, la DE (dysfonction érectile) est un véritable problème de santé publique. Caractérisée par l'impossibilité permanente d'obtenir ou maintenir une érection suffisamment rigide pour mener une activité sexuelle satisfaisante, elle retentit, à tout âge, sur la personnalité, le statut social, la vie quotidienne de ceux qui en sont atteints ; conduisant à la dépression, à des conduites déviantes, parfois à des suicides notamment chez les jeunes. Dernier élément et non des moindres : après qu'eut été établi dès 1985 à la suite des travaux de Leriche (1923), le lien entre DE et facteurs de risque cardio-vasculaires (FRCV), celle- ci est aujourd'hui considérée lorsqu'elle est d'origine vasculaire, comme prémonitoire d'AVC ou de maladie coronaire.
Le développement de techniques d'évaluation et de traitements médicaux et chirurgicaux efficaces dans les dernières années du XX° siècle aurait dû se traduire par une rationalisation de la prise en charge. Or paradoxalement, il n'en a rien été. En cause trois éléments : le caractère toujours tabou de tout ce qui touche à la sexualité y compris dans le monde médical, l'éclatement des intervenants médicaux en disciplines trop souvent étanches et enfin la simplification excessive et optimiste du traitement par les inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (iPDE5).
A l'aide d'exemples caractéristiques, et d'une statistique basée sur notre expérience de près de 20.000 cas dans notre base de données, nous illustrerons l'errance inacceptable des patients, l'insuffisance du diagnostic réduit encore si souvent au préjugé du tout psychologique sans aucune recherche étiologique, le refuge des soignants dans une thérapie symptomatique et désespérante quand elle est inefficace, enfin le défaut de dialogue soignants/patients. Et pour conclure le foisonnement des offres contradictoires sur Internet achève de désorienter les patients.
Nous pensons qu'il est indispensable de constituer une task force pluridisciplinaire qui en liaison avec les différentes sociétés savantes couvrant le sujet mais indépendante d'elles, définira les conditions d'une prise en charge rationnelle, univoque et effective de la DE. Nous en présenterons l'architecture qui pourrait être portée par notre Académie, en lien avec l'Académie Nationale de Médecine.

Mots clés

- Dysfonction érectile
- Priapisme
- Maladie de Lapeyronie
- Injections intracaverneuses
- Inhibiteurs des phosphodiestérases de type V
- Implants péniens
- Chirurgie des fuites cavernoveineuses

Abstract

Addressing to at least 30% of the male population, ED is a public health concern. Characterized by the permanent impossibility to achieve or maintain a rigid erection for a satisfactory sexual activity, it has a negative effect, whatever the age, on the personality, the social and professional status leading to depression and/or deviant attitudes and suicidal behavior in younger groups. Last but not least, when recognized as of vascular origin, ED is now considered as prophetic to other cardiovascular or cerebral complications. Modern and safe techniques to evaluate and treat ED should have improved its overall care. Nevertheless, as a paradox it did not happen in our country. Three main reasons: a taboo still present in the population even health providers who, second reasons are separated in non-cooperative: e specialties, and the intemperate and optimistic use of PDE5 inhibitors.
Based on our personal experience (over 20.000 cases of ED in our database) we present the inacceptable lack of care suffered by patients looking for efficiency, the lack of a diagnostic work so often reduced to a preset psychological origin and/or the single prescription of PDE5 inhibitors. We recommend the establishment of a task force to define independently a program for a rational and effective care of ED under the custody of our French surgical academy.

Keywords

- Erectile dysfunction
- Priapism
- Peyronie's disease
- Intracavernous injections
- PDE5 inhibitors
- Penile implants
- Caverno-venous leak surgery

Correspondance

Ronald Virag
CETI, Paris.
E-mail : ronaldvirag@gmail.com

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

On entend sous le vocable de troubles de l'érection (TE) l'ensemble des manifestations cliniques gênant de façon pérenne l'accomplissement harmonieux de l'acte sexuel. Sont ici concernés la dysfonction érectile (DE), la maladie de Lapeyronie (LAP) et le priapisme. Les TE ont une prévalence de 30 % dans l'ensemble de la population mondiale (1), ce qui en fait par leur retentissement un véritable problème de santé publique. Les patients ne reçoivent pas de la part de la communauté médicale (enseignants, chercheurs, praticiens généralistes et spécialistes) de notre pays l'attention qu'ils demandent. Ce travail vise à recenser les raisons de cette situation et à proposer des solutions pour y remédier.

Perspectives historiques

Pour comprendre la situation il convient de voir les TE dans le prisme plus large de la sexualité et de ses dysfonctionnements. Une première évolution se situe dans les premières années du XX° siècle lorsque les premiers sexologues médecins (Havelock Ellis (2), Magnus Hirschfeld (3)) sortent le sujet de la philosophie traditionnelle et souvent répressive. Cette première approche scientifique sera malheureusement contrariée par le développement de la psychanalyse qui va installer une vision biaisée de la sexualité et des causes de ses dysfonctionnements, accroissant encore le tabou de l'impuissance et de son caractère irréversible (Zwang (4). Même si quelques tentatives chirurgicales avaient eu lieu dès le début du XX° siècle (Woten (5), Lowsley 6), c'est surtout dans sa deuxième partie que surviendra une démarche médicale efficace surtout en ce qui concerne les TE : Kinsey (7), Masters et Johnson (8) initièrent l'un une prise de conscience de la prévalence des TE, les second une meilleure connaissance de la physiologie de la réaction sexuelle. Mais ce sont surtout les chirurgiens qui apporteront les premières solutions efficaces avec les implants péniens (9), la chirurgie vasculaire (10) et surtout l'injection intracaverneuse de papavérine (11) qui offrira le premier traitement pharmacologique efficace et un outil diagnostic à partir duquel s'organisa une recherche clinique féconde (12). Le point d'orgue de cette période fut la mise sur le marché du sildénafil (13) en 1998 qui pour le public comme pour la communauté scientifique souleva les espoirs d'une solution définitive au problème de l'impuissance. Force est de constater que malgré des résultats spectaculaires et une efficacité incontestable des traitements, les problèmes posées par les TE sont loin d'être résolus. Il existe une situation paradoxale, avec une offre de solutions médicales importante, et une difficulté pour les patients d'y accéder.

État des lieux

Le vocable TE recouvre trois situations différentes de prévalence variable : les dysfonctionnements érectiles (30 %), la Maladie de Lapeyronie (3,5 à 7 %) et le priapisme. Elles ont un dénominateur commun : une prise en charge incohérente, donc insuffisante, inadaptée aux enjeux de ces troubles et de leur retentissement. C'est en raison de son énorme prévalence que la DE qui nous retiendra essentiellement.

Epidémiologie

La fréquence des TE augmente avec l'âge. C'est pourquoi on les considère trop souvent comme naturels et devant échapper à toute prise en charge médicale. Cependant en détaillant la répartition par âge (1,14) on observe que 5 % des jeunes de moins de 20 ans ont des TE invalidants qui empêchent leur accès à la sexualité, 10 % des 25/34, et à 45 ans on atteint déjà 25 %. Ce n'est qu'à partir de 60 ans qu'il faut faire intervenir le facteur vieillissement avec une augmentation de 10 % par dizaine d'années. Les conséquences sont évidemment différentes suivant l'âge de survenue mais sont une source de questions à poser aux épidémiologistes : suicide, conduites à risque, surmortalité bien plus élevée dans la population masculine jeune (15) ; addictions, violences sexuelles et problèmes de procréation. Plus tard, l'âge a bon dos quand de multiples études montrent (16, 17) que les facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV), notamment le diabète, la iatrogénie médicamenteuse et/ou chirurgicale génèrent un pourcentage important de DE (figure 1). Les états dépressifs occupent dans ce tableau une place à part car ils sont à la fois cause et conséquence de troubles érectiles (18). Force est de constater que nombreuses dépressions sont liées à la non-résolution de troubles sexuels et aggravées par la prise d'anti- dépresseurs nocifs pour la fonction érectile tout comme pour l'éjaculation. De trop nombreux dépressifs parce qu'impuissants sont entretenus dans leur état, du fait de traitements aggravant leur condition. Elément supplémentaire d'importance du lien établi de longue date (Virag 1985 18) entre DE et FRCV, celle-ci est aujourd'hui considérée (19) comme un marqueur précoce de maladie vasculaire (coronarienne ou cérébrale) annonciateur d'un infarctus ou d'un AVC. Les données épidémiologiques à ce sujet sont impressionnantes : 44 à 66 % des coronariens, 86 % des artéritiques, 57 % des opérés du cœur (20) ont une DE. Se dégage d'emblée une conséquence importante de santé publique : *toute DE, reconnue comme d'origine vasculaire, doit faire l'objet d'un bilan cardio-vasculaire préventif assorti de mesures hygiéno-diététiques adaptées*.

Retentissement sociétal et ressenti personnel

Les étiologies de la DE sont multiples (figure 1) et quel que soit leur facteur déclenchant, génèrent une angoisse de l'échec qui entretient voire majore la symptomatologie. Les conséquences d'une DE pérenne sont délétères sur l'individu : dévalorisation de soi, perte de l'image virile, et sur l'entourage familial et professionnel. Une étude en cours dans notre centre visant à évaluer le ressenti existentiel de nos primo-consultants est édifiante : à un QCM demandant aux patients qui viennent consulter : *si vous deviez rester dans la situation pour laquelle vous consultez, la trouveriez-vous 1- peu invalidante, 2- invalidante et peu supportable 3- invivable ?* 12 % cochent 1, 58 % 2 et 30 % considèrent la situation comme invivable. Ceci nous conduit à approfondir un lien possible notamment chez les plus jeunes entre DE, conduite à risques, addictions diverses et idées suicidaires.

Une situation paradoxale

En face d'une prévalence édifiante conditionnant une demande croissante, on se trouve devant une situation paradoxale : l'existence (9,11,13) de traitements efficaces (traitement per os, injections intracaverneuses, chirurgie vasculaire ou

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

prothétique) permettant d'affirmer qu'il existe une solution médicale pour tous les cas et en face, le constat quotidien d'une prise en charge très insuffisante, démontrée par l'errance et la détresse des patients. Nous avons identifié trois raisons à ce paradoxe :

- la simplification excessive de la prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- l'absence d'une démarche clinique cohérente ;
- le manque d'investissement des médecins.

Avant l'arrivée sur le marché en 1998 du Viagra, nous (et quelques pionniers) avions construit une méthodologie d'évaluation et de traitement de la DE (12) fondée sur la recherche des étiologies dominantes, vasculaires, endocriniennes et neurologiques dont le test d'érection provoqué était le pivot. Avec la mise à disposition du public d'un médicament efficace chez de nombreux patients, la communauté médicale déjà plutôt réticente à une démarche rigoureuse pour un symptôme considéré comme mineur, se rua sur la facilité de prescription avec le sentiment que le problème était désormais réglé. Pourtant, rapidement des publications montrèrent les limites de cette simplification extrême, d'une part parce les inhibiteurs de la phosphodiéstérase de type 5 (iPDE5) ne sont actifs qu'en présence d'un taux de testostérone circulante suffisant (21) ; d'autre part parce que même si ce prérequis est respecté, près de 30 % des patients ne répondent pas ou mal à ce qu'on a appelé la "pilule bleue" (22). Beaucoup de patients furent ainsi, et sont encore abandonnés à la fatalité du tout psychologique ou à celle de l'âge.

Peu ou prou cette situation prévaut toujours, par l'accumulation de cinq handicaps

L'a priori diagnostique lié à l'âge, voir à l'étiologie : pour les jeunes « c'est dans la tête » ; pour les plus âgés, « c'est le vieillissement ». Et pour tous les âges « c'est du confort ». De plus certaines étiologies pourvoyeuses de TE sont négligées par leurs spécialistes comme les diabétologues, et c'est scandaleux quand on sait que pour tous les types de diabète confondus, 50 % des patients souffriront de DE après 10 ans d'évolution de leur maladie. Les cancérologues eux aussi méprisent trop souvent les DE résultant de l'éradication chirurgicale, par radiothérapie et/ou chimiothérapie radiothérapique. A ceux qui se plaignent on va trop souvent répondre : « *vous êtes guéris ou en rémission, vivant, n'en demandez pas plus* ».
L'absence ou la faiblesse de l'évaluation découle de ce qui précède, même dans les milieux spécialisés. Le schéma d'évaluation (annexe 1 : l'exemple de notre centre) est rarement observé ou souvent tronqué, que ce soit par les médecins généralistes que l'on cantonne à une approche simpliste, ou par les spécialistes en particulier les médecins vasculaires qui sont insuffisamment formés.
La prescription restrictive cantonnée dans l'immense majorité des cas aux iPDE5 s'accompagne de défiance voir de commentaires hostiles concernant des traitements pourtant efficaces (injections intra caverneuses ou implants péniens) éprouvés (23,24). Certaines entités comme la DE par fuite caverno-veineuse sont même niées en dépit de nombreuses publications (25) laissant de nombreux jeunes atteints de cette pathologie dans le désespoir.
Au contraire des Etats Unis où ils se sont implantés dans de nombreux centres universitaires ou privés, l'Europe et surtout la France manquent cruellement de *centres dédiés* à cette pathologie qui demandent, vu la multiplicité des étiologies, de la *transversalité*.
Corollaire de ce qui précède, il convient de mettre en avant la *modicité de la prise en charge par la CNAM* tant sur le plan du diagnostic - en particulier vasculaire, que des traitements médicaux et chirurgicaux. Une réévaluation de la nomenclature serait indispensable.
Le manque d'investissement des médecins est attesté par deux études réalisées en 2019. Dans la première nous l'avons recherché chez les primo-consultants par une question : *Qui vous a adressé à notre centre ?* Etaient exclus les patients adressés par nos correspondants habituels. 62 % viennent par un circuit non médical : Internet à l'écrasante majorité à laquelle il convient d'ajouter les médias, le bouche à oreille et certaines associations de patients. Sur les 38 % qui viennent d'un circuit médical, les généralistes ne sont présents au total que pour 7 %. Parmi les spécialités recourant à notre expertise, les plus présents sont les urologues, suivi de loin par les internistes pour le problème spécifique du priapisme drépanocytaire, les cardiologues. Les diabétologues en sont totalement absents. Une autre étude (26) montre le peu d'enthousiasme mis par le généraliste à aborder le sujet. Un étudiant en thèse a souhaité réaliser une enquête sur la prise en charge des troubles de l'érection par les médecins généralistes de la Région Ile-de-France. Il a adressé 1500 courriels demandant à des médecins généralistes s'ils souhaitaient recevoir un questionnaire. 367 ont répondu favorablement mais seuls 115 ont renvoyé le questionnaire, soit 7,66 % de la population cible de départ. L'examen des réponses montre un intérêt certain mais beaucoup se plaignent du manque de temps et d'un manque de formation quand ce n'est pas la pudeur qui est mise en avant.

Conséquences de la situation

Errance des patients qui face au manque de réponse de leur médecin habituel recherchent désespérément une solution sur Internet ; automédications sans contrôle, parfois avec des médicaments frolatés délivrés par des réseaux mafieux, escroqueries en tous genres, plateformes diverses (forums de patients, sites d'organisations professionnelles souvent concurrentes fournissant des informations contradictoires, tronquées ou incomplètes). Ils nous racontent des histoires stéréotypées regroupées en deux exemples assez caractéristiques :

- C'est le jeune V, un grand garçon dynamique de 22 ans qui n'a jamais eu d'érections rigides de sa vie. Sa séduction naturelle se fracasse sur des échecs répétés. Son généraliste prescrit des iPDE5 qui seront inefficaces. On le conduit chez le psychiatre qui veut entreprendre une analyse puis retour chez un sexologue qui en désespoir de cause nous le confie : *il n'a jamais eu d'examen clinique*. Après une investigation complète, on diagnostique une anomalie de drainage veineux des corps caverneux. Il est opéré et pourra pour la première fois de sa vie avoir des rapports sexuels satisfaisants. "*Il était temps, j'étais au bord du suicide, confiera-t-il …*" ;
- Monsieur D, âgé de 65 ans, traîne une dépression depuis une quinzaine d'années consécutive des événements familiaux dramatiques : perte d'un enfant d'une mort subite, mort accidentelle d'un second enfant, puis perte de son épouse. De

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

psychothérapies en antidépresseurs, les érections s'amenuisent et personne ne s'en émeut. "*Vous savez avec tout ce que vous avez subi…*" Là encore aucune investigation, aucune recension de l'histoire clinique. Nous retrouvons un déficit androgénique important dont on sait qu'il peut générer un état dépressif. Sous traitement androgénique et auto-injections intra caverneuses, il peut envisager de se reconstruire. "Je revis" commentera-t-il sobrement.

Le modèle de notre centre

Fort de *data* intéressants près de 20.000 patients accueillis depuis 1984 par notre Centre pour des troubles de l'érection nous sommes autorisés à dresser un schéma pratique de ce que devrait être la prise en charge des troubles sexuels masculins. L'élément initial fondamental est un questionnaire permettant de balayer l'histoire et la situation médicale et sociale actuelle. (30 questions en annexe incluant des réponses à des tests validés). Avec les réponses à ce questionnaire, on va dessiner une première orientation purement clinique. Un tel questionnaire doit être accessible à tous les médecins, généralistes ou spécialistes, ainsi que la démonstration simple de l'usage qui peut en être fait comme première approche des TE et des troubles de l'éjaculation.
En possession des réponses on peut déjà sérier la situation des patients :
- DE primaire ou secondaire ;
- DE exclusive ;
- DE avec éjaculation rapide ou difficile ;
- Ejaculation rapide isolée ;
- DE avec FRCV et menace d'accidents cardio-neurovasculaires ;
- TE déjà traité ou non ;
- Déformation de la verge en érection, avec ou sans DE ;
- DE dans un contexte de maladie chronique ou après un traitement agressif.

Ce questionnaire fournit des informations importantes tirées. Il agrège deux sous-questionnaires, venant de questionnaires validés :
- la version abrégée (27) de l'*International index for erectile function* (IIEF5) permettant de chiffrer de 5 à 25 la qualité de l'érection lors de l'activité sexuelle. Lorsque le score est entre 5 et 10, la DE est sévère. De 11 à 15 elle est sérieuse. De 16 à 20 elle est considérée comme modérée, et au-dessus de 20 comme peu significative.
- l'auto-évaluation de la rigidité du pénis en érection, cotée de 1 à 4. C'est l'*erectile hardness score* (EHS). Il est renseigné pour l'érection matinale ou réflexe, pour l'érection lors de l'auto-stimulation en solo, enfin pour l'érection lors des rapports sexuels. Les données ainsi enregistrées seront comparées à celles produites lors des tests cliniques avec stimulation pharmacologique de l'érection (voir ci-dessous). 1-verge flaccide, 2-gonflement sans fermeté, 3-verge rigide mais pouvant plier 4-verge totalement rigide.

Muni des réponses à ce questionnaire, le Centre spécialisé a modélisé plusieurs scénarii en fonction du caractère primaire ou secondaire de la DE, de l'intensité des symptômes chiffrés (IIEF5 et EHS) et de la réponse aux traitements éventuels déjà prescrits.

Les examens complètent le bilan

- l'échographie-Döppler avec et sans stimulation pharmacologique qui évalue les structures anatomiques, les artères et les réseaux de drainage veineux ;
- le bilan hormonal à visée andrologique ;
- l'examen neurologique local (EMG) ;
- l'évaluation du terrain psychologique et de l'anxiété.

En chiffrant de 0 à 3 l'absence (0), la présence modérée (1) significative (2), importante (3), pour chaque étiologie, on réalisera au terme du bilan le *profil étiologique* de chaque patient (figure 3).

L'exploration par échographie-Doppler du pénis (EDP) est l'examen central du bilan (28,29)

Il permet d'explorer les structures anatomiques notamment en présence d'une Maladie de Lapeyronie ; d'évaluer indirectement la fonction endothéliale pénienne -c'est le PNORT, penile NO release test (30) ; de reconnaître une atteinte vasculaire et/ou veineuse quand il est sensibilisé par une stimulation pharmacologique. Il a aussi une valeur d'orientation diagnostique et thérapeutique suivant la réponse érectile dessinant un algorithme simple. L'EDP est le pivot de l'exploration des TE (figure 3). Il est de ce fait indispensable mais malheureusement ignoré ou réalisé de manière incomplète.

Le bilan endocrinien

Il est systématique, permettant de complémenter les insuffisances androgéniques et ainsi d'optimiser les réponses médicamenteuses ou opératoires. Un équilibre satisfaisant en testostérone est indispensable.

L'EMG

Il a valeur diagnostique dépistant une atteinte neurologique locale orientant vers une pathologie neurologique (SEP, diabète ou conséquence de traumatismes) dont le degré trop important pourra écarter une réparation chirurgicale vasculaire projetée.

Le cas particulier de la Maladie de Lapeyronie (LAP)

D'une prévalence potentielle de 3.5 à 7 %, LAP demande également une démarche autre que contemplatrice comme c'est trop souvent le cas. L'apparition de traitement conservateur (collagénase, plasma enrichi en plaquettes PRP, ondes de choc)

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

demande une évaluation clinique précise. L'EDP mieux que l'IRM est incontournable tant sur le plan diagnostique que pour l'administration des traitements locaux (31).

La gestion du priapisme

Nourri d'une recherche clinique menée avec les centres de prise en charge de la drépanocytose, et par le traitement des érections prolongées consécutives aux IIC pour DE, la gestion médicale du priapisme est bien établie, associant traitement médical par les alpha bloquants (étiléfrine intra caverneuse) et ou le drainage simple (32). Un numéro d'urgence de notre centre est à la disposition de tous. On constate qu'il est peu utilisé par les urologues qui trop souvent ne disposent pas de l'antidote spécifique, au contraire des centres de référence de la drépanocytose.

En conclusion

Tous les outils nécessaires à une prise en charge rationnelle des TE sont disponibles pour dispenser à la population des thérapeutiques efficaces. Notre démarche vient répondre à la demande croissante des patients et à celles de jeunes diplômés de diverses spécialités souhaitant s'investir dans une telle prise en charge.
Dès à présent nous avons multiplié des actions d'informations et de formation. Pour cette seule année, six publications, des conférences et des séances de formation continue avec des organismes ad hoc et des associations professionnelles locales et régionales. Nous venons de créer un club de *médecine et chirurgie vasculaire andrologique* (CETI-MCVA). Enfin un dossier est déposé pour créer un *DU de prise en charge des Troubles de l'érection*.
Pour respecter la transversalité évidente et surtout sensibiliser l'ensemble des spécialités concernées nous souhaitons l'appui de l'ANC mais également de l'Académie Nationale de Médecine.
Le but est de définir les contours d'une prise en charge globale des TE

- Introduire dans les programmes d'enseignement les bases nécessaires à leur compréhension ;
- Former notamment parmi les médecins vasculaires des spécialistes de l'exploration des TE ;
- Encourager la construction de centres dédiés pour avoir dans chaque Région (au moins deux centres de références) ;
- Négocier avec la CNAM des lettres clefs spécifiques tant au niveau diagnostique que thérapeutique.

Esquisse de ce que devrait être une prise en charge cohérente de la DE

Utilisation du questionnaire simplifié (voir annexe 1) qui pourrait être remis au patient se plaignant à son médecin traitant de TE. Le patient reviendrait le voir avec le questionnaire pour une consultation spécifique au cours de laquelle un premier tri serait opéré. Formé, le MG peut soit prendre en charge avec un traitement simple et/ou décider d'une évaluation vasculaire, soit diriger le patient vers un centre de référence quand le TE est sévère et/ou a déjà fait l'objet d'un traitement simple ayant échoué.
Tout patient au-delà de 40 ans, se plaignant de TE et ayant un ou plusieurs FRCV y compris une obésité, doit bénéficier d'un EDV avec stimulation pharmacologique. Si une atteinte artérielle pénienne est constatée, un bilan cardio- vasculaire est indispensable
Les diabétiques, surtout lorsqu'un autre FRCV existe, doivent systématiquement être informés et/ou interrogés sur leur fonction érectile.
Les traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux pourvoyeurs potentiels de TE doivent être accompagnés d'une information claire sur les risques de TE consécutifs.
Chaque patient doit disposer d'une information complète sur les traitements possibles des TE.

Conclusion

Les TE et singulièrement les DE représentent un véritable enjeu de santé publique et de société par les conséquences négatives personnelles, familiales et socio- professionnelles qu'elles induisent. Pour 30 % de ceux qui en souffre, la non-solution de leur problème est considéré comme invivable. L'incohérence et l'insuffisance de leur prise en charge montrée ici, impose aux autorités de santé de prendre en considération les propositions ici énoncées pour doter l'ensemble du territoire de réseaux efficaces pour leur traitement.

Référence

1. Lue TF Erectile dysfunction NEJM, 2000, 342; 24: 1802-1813
2. Ellis Havelock Etudes de psychologie sexuelle Cercle du livre précieux ; 1964
3. Mancini E. Magnus Hirschfeld and the quest for sexual freedom. A history of the first international sexual freedom movement : Springer; 2010
4. Zwang G. La statue de Freud: Robert Laffont ; 1985
5. Woten cité in Feldman H, Goldstein I, Hatzichristou DC et al Results of the Massachusets male aging study .Int J Impot Res 1992; 4: Abstract A17
6. Lowsley OS, Bray JL.. The surgical relief of impotence: further experiences with a new operative procedure. JAMA. 1936; 107: 2029-2035
7. Kinsey A, Pomeroy WB,Martin CE, Bestaux E Le comportement sexuel de l'homme Editions du Pavois 1948
8. Masters Wh, Johnson VE. Human sexual inadequacy (Les mésententes sexuelles) . Robert Laffont , 1971
9. Scott FB, Bradley WE, Timm GW. Management of erectile impotence. Urology .1973; 2:80-82
10. Michal V, Kramar R, Pospichal J, Hejhal. Arterial epigastricocavernous anastomosis for the treatment of sexual impotece. W.Journal of surgery. 1977; 1: 515-519
11. Virag R. Intracavernous injection of papaverine for the treatment of erectile failure. Lancet 1982; 2:938
12. Virag R, Frydman D, Legman M. Intracavernous injection of papaverine as a diagnostic and therapeutic method in erectile failure. Angiology 1984; 35:79-87
13. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan et al NEJM. 1998; 33: 1397- 1404

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

14. Nguyen HMT, Gabrielson AT, Helstrom WJ. Erectile dysfunction in young men- a review of the prevalence and risk factors . Sex.Med. Rev. 2017; 5: 508-20
15. Rajkumar RP, Kumaran AK. Depression and Anxiety in men with sexual dysfunction Comprehensive Psychiatry 2015; 60: 114-118
16. Virag R, Bouilly P, Frydman D. Is impotence an arterial disorder ? Lancet 1985; 325: 181-4
17. Vlachopoulos CV, Terentes-Pritzios DG, Ioakeimdis NK et al. Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with ED: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Circulation; cardiovascular quality and outcomes. 2013; 6: 99-109
18. Taylor MJ, Rudkin L, Hawton K. Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: systematic review of randomized control trials. Journal of affective disorders 2005; 88: 241-254
19. Blumenthals WA, Gomez-Caminero A, Joo S et al. Should ED be considered as a marker for myocardial infarction ? Results from a study of a retrospective cohort study.Int J Impot Res 2004; 16: 350-3
20. Zussman B. Cardiovascular disease and ED. Am J Cardiol 1999; 83: 5a
21. Buvat J, Montorsi F, Maggi M et al. Hypogonadal men non responders to the PDE5 inhibitor tadalafil benefit from normalization of testosterone in the treatment of ED. J sex Med 2011, 8: 284-293
22. Virag R Indications and early results of sildenafil (Viagra) in erectile dysfunction. Urology 1999; 54: 1073-1077
23. Virag R, Shoukry K, Floresco J et al Intracavernous injectionof vasoactive drugs in the treatment of impotence: 8 years with 615 cases. The Journql of Urology, 1991, 145 : 287-292
24. Souillac I, Pignot G, Galiano M et al Implants péniens hydrauliques: résultats, complications et facteurs pronostiques. Progrès en Urologie 2009; 19; 563-571
25. Virag R, Bennett AH Arterial and Venous surgery for vasculogenic impotence: a combined franch and american experience Archivo Italiano di urologia 1991;63: 95-100
26. Abasse A. Evaluation du dépistage de la fonction érectile en médecine générale et avis sur l'applicabilité d'un algorithme de dépistage 2019, Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine Université Paris Descartes
27. Rob A , von Kollenburg A, Martjin de Bruin D et Al. Validation of the electronic version of the internaional Index of erectile function (IIEF-5 and IIEF-15): a cross over study J Med Internet res. 2019 ; 21 : è
28. Sussman H, in : Dysfonction érectile: quel bilan en 2004 ? 2004, 56° Journée Internationales Francophones d'Angiologie, Paris
29. Sussman H, Labastie MN, Hauet P et al. Ultrasonography after pharmacological stimulation of erection for the diagnosis and therapeutic follow-up of ED due to cavernovenous leakage. JMV- Journal de Médecine Vasculaire 2020, https:/doi.org/10.1016/j.jdmv. 2019.12.006
30. Virag R, Floresco J, Richard C. Impairment of shear stress mediated vasodilatation of cavernous arteries in eretile dysfunction International journal of impotence research 2004; 16: 39-42
31. Virag R, Sussman H, Lambion S, De Fourmestraux V. Evaluation of the benefit of using a combination of autologous platelet rich-plasma and hyaluronic acid for the treatment of Peyronie's disease Sexual Health Issues, 2017 doi:10.15761/SHI.1000102
32. Virag R, Bachir D, Lee K et al. Preventive treatment of priapism in sickl cell disease with oral and self adminisyered intracavernous injection of etilefrine. Urology 1996; 47: 777-781

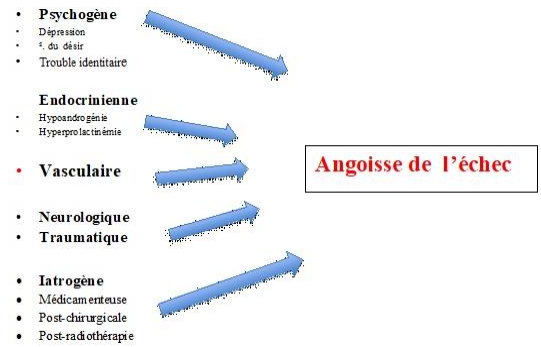


Figure 1 : Principales étiologies de la dysfonction érectile. Chacune est génératrice d'une angoisse de l'échec majorant la symptomatologie.

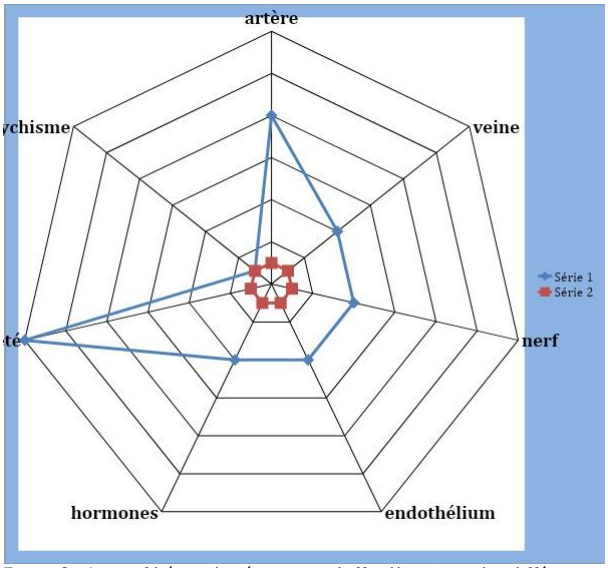


Figure 2 : Le profil érectile résume en chiffre l'atteinte des différents paramètres interférant dans la dysfonction érectile.
Le degré de l'atteinte s'échelonne de 0 (par convention 0.25) à 3 (atteinte sévère), en passant par 1 (atteinte légère) et 2 (atteinte significative). A tire d'exemple le profil d'un homme de 55 ans avec une atteinte vasculaire prédominante associée à une angoisse de l'échec sexuel très importante.

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

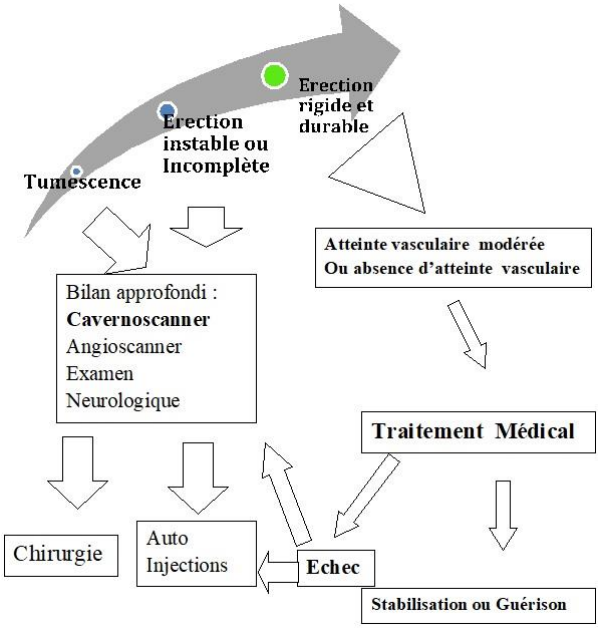


Figure 3 : Algoriythme décisionnel après l'échographie doppler avec test d'érection provoquée.

Annexe 1

Le questionnaire est strictement réservé à l'usage des médecins du Centre. Répondez aussi précisément que possible. Si des questions vous dérangent n'y répondez pas et vous vous en entretiendrez avec le médecin lors de la consultation.

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Age :**

Actif **Retraité**

Profession (à indiquer même si retraité) :

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE :

Î **MARIE**, ou **PACSE** depuis combien de temps :

Î **DIVORCE,** depuis combien de temps :

Î **REMARIE** , ou **PACSE** depuis combien de temps :

Î **VEUF**, depuis combien de temps :

Î **CELIBATAIRE** Î vit seul Î avec compagne

Age de l'épouse ou de la/du partenaire habituel(le) :

Nombre et âge des enfants :

Qui vous a recommandé de nous consulter ?

1. **Décrivez brièvement votre trouble sexuel et son importance dans votre vie et ce que vous souhaitez obtenir en venant consulter ?**

2. **Quel âge avez-vous eu vos premiers rapports : _____**
   Ces premiers rapports ont-ils été :
   - □ Très satisfaisants □ Satisfaisants □ Passables
   - □ Décevants □ Impossibles

3. **Depuis quand avez-vous des difficultés sexuelles :** (*cochez la réponse*)
   - □ Toujours □ Plus de 10 ans □ Entre 5 et 10 ans
   - □ Entre 2 à 5 ans □ De 1 à 2 ans □ Moins de 1 an

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

4. **Rattachez-vous le début de vos troubles sexuels à un évènement précis de votre vie ?**
   - ☐ Non
   - ☐ Oui Lequel ?

5. **La survenue du trouble a-t-elle été :**
   - ☐ Brusque
   - ☐ Progressive

6. **Parmi les troubles mentionnés ci-dessous, quels sont ceux que vous reconnaissez comme les vôtres :**

7. *PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES*

- est une difficulté à obtenir une érection : oui non
- **est-ce une difficulté à la maintenir : oui non**
- est-ce les deux ? oui non
- est-ce une absence de désir de l'acte : oui non
- est-ce une absence de plaisir : oui non
- est-ce une éjaculation trop rapide : oui non
- **est-ce une déformation ****** oui non (un questionnaire spécifique à remplir après la question 30)
- est ce une question de dimension du pénis oui non
- le(s) trouble(s) est (sont)-il(s) : permanent(s) occasionnel(s)

8. **Avez-vous actuellement une activité sexuelle avec partenaire :**
   - ☐ Oui ☐ Non

Si non, depuis combien de temps l'avez-vous interrompue :

- ☐ Moins d'un an ☐ de 1 à 2 ans
- ☐ de 2 à 3 ans ☐ plus de 3 ans

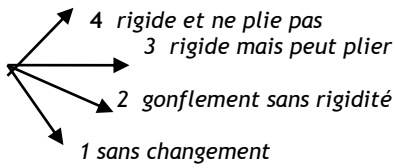
Si oui, quelle est la fréquence des rapports sexuels (y compris les tentatives non satisfaisantes) :

- ☐ Chaque jour ☐ 1 fois par semaine ☐ 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par semaine ☐ 1 fois tous les 10 jours ☐ 1 fois tous les 15 jours
- ☐ 1 fois par mois ☐ moins d'une fois par mois

9. **L'érection et les possibilités de pénétration varient-elle avec certaines positions ?**
   - ☐ Oui ☐ Non
10. **Est ce que la peur de ne pas réussir limite l'activité sexuelle :**
   - ☐ Oui ☐ Non
11. **Limitez vous votre activité sexuelle pour d'autres raisons ?**
   - ☐ Oui ☐ Non

   Lesquelles ?

12. **Notez la qualité de votre érection de 1 à 4, <u>en vous imaginant debout,</u> indiquez la position habituelle de la verge et sa dureté à l'aide du schéma ci-joint :**



- **Lors des érections nocturnes ou matinales =**
- **Lors de la masturbation =**
- **Lors de l'activité sexuelle =**

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

Questionnaire IIEF

Merci de répondre aussi précisément que possible à ce questionnaire qui explore la qualité de vos érections. **Chaque question a plusieurs réponses possibles : inscrivez dans la case le chiffre qui correspond à la réponse décrivant le mieux votre état actuel. Ne sélectionnez qu'une seule réponse par question posée.**

	Jamais Ou presque jamais	Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)	Quelques fois (à peu près dans la moitié des cas)	Très souvent (beaucoup plus souvent qu'une fois sur deux)	Presque Toujours ou presque	NOTE CHOISIE
1 - À quelle fréquence êtes-vous capable d'avoir des érections lors de l'activité sexuelle ?	1	2	3	4	5	
2 - Lors de l'activité sexuelle, à quelle fréquence vos érections sont-elles assez rigides pour la pénétration ?	1	2	3	4	5	
3 - Quand vous essayer d'avoir un rapport, à quelle fréquence êtes vous capable de pénétrer votre partenaire ?	1	2	3	4	5	
4 - Pendant le rapport sexuel, à quelle fréquence êtes-vous capable de maintenir l'érection après la pénétration ?	1	2	3	4	5	
	Difficulté extrême	**Très difficilement**	**Difficilement**	**Difficulté légère**	**Sans difficulté**	
5 - Pendant le rapport sexuel, avec quelle difficulté maintenez vous l'érection jusqu'à la réalisation complète de l'acte ?	1	2	3	4	5	
					SCORE	

13. L'érection et les possibilités de pénétration varient-elle avec certaines positions ?
- ☐ Oui ☐ Non

14. Lors des rapports éjaculez-vous :
- ☐ Oui ☐ Non

Lors de l'éjaculation, la verge est-elle : Rigide ☐ Semi rigide ☐ Molle ☐

15. Avez-vous une sensation de plaisir : Oui ☐ Non ☐

Si oui ↑ très intense ☐ Intense ☐ ↑ Moyenne ☐ ↑ Faible ☐

16. A votre avis, l'éjaculation vient-elle :
- ☐ Normalement
- ☐ Difficilement
- ☐ un peu rapidement
- ☐ beaucoup trop tôt

17. Avez-vous eu, ou avez-vous actuellement une maladie grave ?
- ☐ Oui Non
- ☐ **Si oui**, laquelle ou lesquelles :

18. Etes-vous diabétique ?
- ☐ Oui
  Si oui, depuis quand ?
  Quel traitement ? _____
- ☐ Non

19. Y a-t-il des diabétiques dans votre famille ?
- ☐ Oui ☐ Non

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

Etes-vous hypertendu (tension artérielle élevée) ?

□ Oui □ Non

Depuis quand ?

Comment êtes-vous traité ?

20. Avez-vous fait un infarctus cardiaque?

□ Oui □ Non

- Des angines de poitrine ?
  - □ Oui
  - □ Non

21. Avez-vous des crampes dans les mollets à la marche ?

□ Oui

Si oui, au bout de combien de temps ?

□ Non

22. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?

□ Oui

Si oui, lesquelles ? Dates ? _____

□ Non

23. Votre problème sexuel vous paraît-il en rapport avec l'une de ces interventions ?

□ Oui □ Non

24. Avez-vous fait une dépression nerveuse ?

□ Oui

Si oui, quand ?

□ Non

A- Avez-vous encore un traitement pour la dépression actuellement ?

□ Oui □ Non

25. Fumez-vous ?

□ Oui

Depuis combien d'années ? _____

Nombres de cigarettes par jour ? _____

Nombre d'année de tabac ? _____

□ Non

□ Jamais fumé

□ Arrêt (date)

Taille ? (en cms) _____ Poids ? _____

26. Prenez-vous habituellement des médicaments ? Non Oui si Oui Lesquels ?

27. Citez les traitements déjà mis en œuvre pour votre trouble sexuel ?

Lesquels ?

Dates : Résultats

28. Y-a-t'il des questions que vous auriez aimé que l'on vous pose, ou des problèmes à soulever, qui ne l'ont pas été ?

□ Oui □ Non

Si oui, lesquelles ?

29 En définitive, si vous deviez passer le reste de votre vie dans la situation actuelle le considériez vous comme:

peu invalidant et supportable ☐ **très invalidant et peu supportable** ☐ **invivable** ☐

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013

Questionnaire complémentaire si vous avez une déformation du pénis en érection (Maladie de Lapeyronie MLP)

- **Depuis combien de temps la déformation ? …..**
- **Comment ?**
  - **Douleurs en érection**
  - **Déformation isolée**
  - **Les deux**
- **Cocher les traitements essayés :**
  - **Pentoxiphylline**
  - **Corticoides locaux**
  - **Isoptine/ verapamil locale**
  - **Xiapex**
  - **Pompe à vide, Extenseur de pénis**
- **Avant le début de la MLP aviez vous des problèmes d'érection**
  - **OUI……..NON**
  - **Quel traitement avez-vous utilisé pour améliorer les érections**
    - **Cialis, Viagra, Levitra ou autres**

- **Quel est le degré de la gène à accomplir l'acte sexuel en raison de la déformation ?**
  - **Peu gênant**
  - **Assez gênant**
  - **Très gênant**
  - **Impossible**

Merci
Un dernier point important : Photographier votre verge en érection appareil au dessus de celle-ci et de profil strict

NB : si vous avez d'autres documents concernant le proàblème (échographie IRM)
Merci de nous les communiquer (téléconsultation) ou nous les apporter lors de votre visite

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.
Tous droits réservés. DOI : 10.26299/ch5d-yp29/emem.2018.3.013