

Diagnostiquer une dysfonction érectile

François PILLON
Pharmacologue

17 boulevard de Brosses,
21000 Dijon, France

Bien qu'elle soit le trouble sexuel le mieux connu, la dysfonction érectile n'est pas toujours bien prise en charge. Ceci est dommageable pour le patient qui souffre de la situation mais aussi parce qu'un trouble érectile peut s'avérer être le signe avant-coureur d'une maladie cardiovasculaire. Le dépistage repose sur un interrogatoire, puis sur une série d'examen gradués.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - dysfonction érectile ; maladie coronarienne ; qualité de vie ; trouble sexuel

Diagnosing erectile dysfunction. Although it is the most common sexual problem, erectile dysfunction is not always managed properly. It is damaging for the patient which is suffering but also because an erectile disorder could be the early sign of cardiovascular disease. Diagnosis is based on questioning the patient and a series of tests.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - coronary disease; erectile dysfunction; quality of life; sexual disorder

La dysfonction érectile (DE) correspond à l'incapacité répétée à avoir ou maintenir une érection suffisante avant et pendant la relation sexuelle. Trouble sexuel le mieux connu, la DE peut être à l'origine d'une souffrance importante chez le sujet qui en est atteint et mettre à mal les relations dans le couple. Elle est à l'origine d'une altération significative des scores de qualité de vie dans tous les domaines [1].

En France, cette dysfonction est peu prise en charge, les freins venant tout aussi bien du professionnel de santé que du patient. Sa prévalence est variable selon les populations étudiées et les critères de diagnostic (tableau 1).

Les mécanismes physiopathologiques communs expliquent l'association entre DE et pathologies cardiovasculaires. La DE pourrait être un signe avant-coureur de coronaropathie silencieuse ou à venir, et serait le meilleur signe prédicteur de l'existence d'une maladie coronarienne silencieuse chez les patients diabétiques, indépendamment de l'équilibre glycémique. Aussi, la DE étant un "symptôme alarme" qui souligne la présence d'une maladie cardiovasculaire, tous les hommes doivent faire l'objet d'une enquête sexuelle.

Le non-dépistage de la DE pose un problème de santé publique. Or, la tendance est encore trop souvent à banaliser la difficulté, et la prescription d'examen complémentaires et d'une thérapeutique n'est pas encore un geste de première intention.

Quelques rappels physiologiques

◆ **L'érection du pénis résulte d'un processus complexe neurovasculaire**, impliquant aussi bien les nerfs, l'endothélium des sinus et des vaisseaux sanguins, ainsi que les cellules musculaires lisses du pénis. Le processus d'érection est déclenché par un réflexe spinalien initié suite à des stimulations sensorielles telles que le toucher, l'olfaction, l'audition et les pensées, le tout impliquant le système nerveux périphérique, le système nerveux central (SNC), mais également les mécanismes humoraux [2,3].

◆ **L'érection est initiée par une combinaison de stimuli psychiques ou physiques** et contrôlée par les fibres nerveuses parasympathiques du sacrum (S2 à S4). Ces fibres voyagent à travers les nerfs et le plexus pelvien en direction des nerfs caverneux, ces derniers innervant le corps caverneux du pénis. Une fois activés,

Tableau 1. Prévalence de la dysfonction érectile en France [2].

| Âge | Prévalence |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Moins de 40 ans | De 1 à 9 % |
| Entre 40 et 49 ans | Généralement inférieure à 10 % |
| Entre 50 et 59 ans | Très variable d'une étude à une autre |
| Entre 60 et 70 ans | Entre 20 et 40 % |
| Au-delà de 70 ou 80 ans | Entre 50 et 100 % |

Adresse e-mail :
fpillon3@hotmail.com
(F. Pillon).

les nerfs caverneux libèrent de l'oxyde nitrique (NO) et de l'acétylcholine, provoquant le relâchement des muscles lisses. Ce relâchement fait suite à l'influx de calcium provoqué par l'action respective de la guanosine monophosphate cyclique (GMPc) et de l'adénosine monophosphate cyclique (AMPc). L'ensemble du processus a pour but l'entrée massive de sang dans les tissus jusqu'au maximum de l'érection, dont le maintien est garanti par la libération constante de NO par les nerfs caverneux (figure 1). L'arrêt de l'érection est provoqué par une enzyme, la phosphodiésterase de type 5 (PDE5), abondante dans le tissu du pénis, qui agit en décomposant la GMPc, induit la contraction des muscles lisses et, en conséquence, le retour à la normale.

Conduite diagnostique

Le diagnostic de la DE (encadré 1) passe notamment par l'interrogatoire [2-4]. Une question simple est posée, par exemple : « Avez-vous un problème d'érection (ou de manque de rigidité) pendant les rapports ? ».

◆ **En cas de DE**, il est nécessaire :

- de préciser l'importance du trouble et son retentissement psycho-affectif, conjugal et socio-professionnel ;
- de rechercher des éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une étiologie principale du trouble érectile (TE) ;
- d'identifier ou de dépister des facteurs de risque d'un TE par l'interrogatoire et les examens paracliniques ou biologiques.

L'anamnèse du TE recherche un début brutal, sans traumatisme pelvien déclenchant, qui oriente plutôt vers une origine psychogène. La survenue d'érections

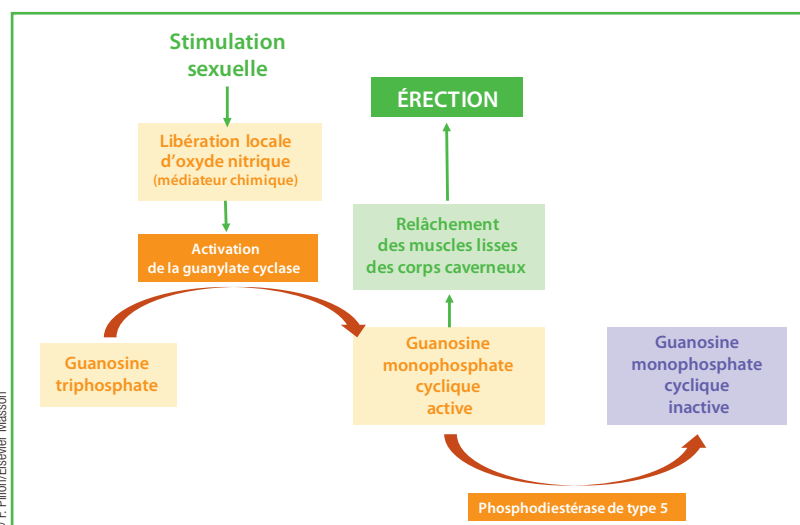


Figure 1. Mécanisme physiologique de l'érection.

spontanées nocturnes ou au réveil est en faveur de l'intégrité neurovasculaire. L'interrogatoire identifie un trouble relationnel conjugal/familial ou un conflit socio-professionnel pouvant constituer un facteur déclenchant. Enfin, l'examen physique tente de détecter en particulier la disparition des pouls fémoraux ou périphériques, à la recherche d'une cause vasculaire.

Des signes endocriniens (gynécomastie, hypoadrénisme, petits testicules, anomalie du champ visuel en faveur d'un adénome hypophysaire), des plaques pénienues (traduisant une maladie de La Peyronie) sont également recherchés. Les explorations biologiques visent à dépister une endocrinopathie (hypogonadisme, hyperprolactinémie, dysthyroïdie) pouvant expliquer un TE, et étudient les facteurs de risque cardiovasculaire classiques.

◆ **L'association de la DE avec un autre trouble sexuel** est fréquente, ce qui constitue un facteur de complexité pour sa prise en charge. D'autres questions doivent donc être posées afin d'éliminer :

- un trouble du désir (« Avez-vous toujours envie d'avoir des rapports ? ») ;
- un trouble de l'éjaculation (« Avez-vous une éjaculation trop rapide, retardée, voire absente ? ») ;
- des douleurs lors des rapports (« Avez-vous mal pendant les rapports, pendant l'érection, au moment de l'éjaculation ? ») ;
- des anomalies de la rectitude de la verge gênant la pénétration comme la maladie de La Peyronie ou une courbure congénitale (« Avez-vous une déformation de la verge lorsque vous êtes en érection ? ») ;
- une plainte concernant le prépuce (phimos) ou la taille de la verge (« Êtes-vous gêné pour décalotter ? Êtes-vous soucieux par rapport à la taille de votre verge ? »).

Encadré 1. Le diagnostic de la dysfonction érectile en bref

◆ Première intention :

- glycémie, cholestérol, triglycérides ;
- testostérone totale (systématique après 50 ans) ;
- prolactine, thyroestimuline (TSH) ;
- antigène prostatique spécifique (PSA pour *Prostate specific antigen*), créatinine.

◆ Deuxième intention :

- bilan cardiovasculaire (électrocardiogramme, épreuve d'effort...) ;
- consultation spécialisée (sexologie, psychiatrie) ;
- pharmaco-test.

◆ Bilan approfondi :

- écho-doppler pénien ;
- débitmétrie ;
- érectométrie nocturne ;
- tests électro-physiologiques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2475178>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2475178>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)