

Mise au point thérapeutique : la dysfonction érectile chez le diabétique

Erectile dysfunction in diabetic patients

P. Bondil¹, S. Halimi²

¹ Service d'urologie-andrologie,
CHG de Chambéry.

² Service d'endocrinologie, diabétologie
et nutrition, CHU de Grenoble.

Résumé

La méconnaissance de la santé sexuelle et, encore récemment, le peu de moyens de traitement ont longtemps expliqué la réticence des diabétologues à prendre en charge la dysfonction érectile (DE), pourtant de prévalence élevée, nonobstant la forte demande de leurs patients. Malgré de nets progrès qui ont simplifié son traitement, cette prise en charge reste insuffisante. Pourtant une hiérarchisation claire est aujourd'hui définie : recours ou non à un avis spécialisé selon les formes simples ou complexes (plus rares), et traitements à visée étiologique si possible et/ou symptomatique « à la demande ». Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (iPDE5) par voie orale sont naturellement devenus le traitement de 1^{re} ligne, en principe facile à prescrire par tout diabétologue chez une majorité de leurs patients. Cependant, malgré l'efficacité, la fiabilité et la bonne tolérance des iPDE5, la plus faible réponse à ces traitements chez le diabétique laisse une place significative aux traitements par injection intracaverneuse, ou au moins transitoirement. Ceux-ci sont en général indiqués seulement en 2^e ligne, du domaine du médecin spécialisé, mais avec l'avantage d'un remboursement possible chez le diabétique. Plus récemment, l'opportunité d'une prise quotidienne systématique de faibles doses d'iPDE5, est une alternative innovante efficace qui vise à « démedicaliser » la situation et peut guérir certaines DE. Dans tous les cas, le traitement de la DE du diabétique doit être global, basé sur une approche clinique approfondie, adapté à chaque patient (demandes, réalité de sa vie sexuelle), avec un suivi des résultats et des effets indésirables éventuels.

Mots-clés : Dysfonction érectile – traitement – diabète – bilan
– inhibiteur de la PDE5.

Summary

The lack of knowledge concerning the sexual health and the until recently reduced number of efficient treatment explains the reluctance of diabetes specialists to take care of erectile dysfunction (ED). ED related to diabetes is frequent and the patient demand for treatment is a reality. In spite dramatic progresses of simplified treatment, its management is still inadequate. Even so, a clear prioritization is now established: to resort or not to a specialized viewpoint according to simple or complex forms and etiologic (if possible) and/or symptomatic ("on demand") treatments. PDE5 inhibitors (PDE5i) naturally became the first line treatment, easy to prescribe by any diabetologist in a majority of patients. However, in spite of PDE5i efficacy, reliability and good tolerance, the lower treatment response in diabetic patient leaves a significant space for intracavernous injections, or at least transitively. Generally, these ones are only indicate on second line, by a specialist of this field, but with the advantage of a possible reimbursement for the diabetic patient. More recently, the opportunity of low doses of PDE5i, given once-a-day, confers an innovative and effective alternative leading to a "demedicalisation" of this condition and may heal some ED. Anyway, ED treatment in diabetic patient has to be global, clinically based, tailored to the needs and the sexual life of each patient, with a follow-up of the results and possible adverse events.

Key-words: Erectile dysfunction – treatment – diabetes mellitus – screening
– PDE5 inhibitor.

Correspondance :

Pierre Bondil

Service d'urologie-andrologie
Centre hospitalier général
73011 Chambéry cedex
pierre.bondil@ch-chambery.fr

Introduction

Jusqu'à présent, la dysfonction érectile (DE) était définie comme « *l'incapacité persistante ou récurrente pendant au moins trois mois d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour une activité sexuelle* » [1-3]. Cette définition mériterait d'être réactualisée car elle exclut les érections spontanées nocturnes ou matinales, nouveau baromètre clinique de l'état de santé non sexuelle [1, 4]. Son diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. L'évaluation de son intensité est facilitée par l'emploi d'auto-questionnaires. En effet, environ un tiers des DE sont légères ou transitoires, non significatives et souvent difficiles à diagnostiquer. Dans un but, à la fois diagnostique, pronostique et thérapeutique, son caractère doit être précisé : sévère ou non, récent ou ancien, constant ou intermittent, isolé ou associé à d'autres dysfonctions sexuelles (20 % des cas) [5]. Malgré la prévalence élevée de la DE (liée à l'âge et aux maladies chroniques) et son impact souvent négatif sur la qualité de vie, force est de constater que le corps médical ignore, ou reste réticent, à prendre au sérieux ce trouble de la santé sexuelle trop souvent assimilé à un problème « mineur » [1, 6, 7]. Pourtant, quel que soit l'âge, la DE n'est jamais anodine, et ceci pour deux raisons. Tout d'abord parce que la vie sexuelle joue un rôle majeur dans le bien-être. Les données épidémiologiques montrent, chez près d'un homme sur deux, un mal-être et une demande de prise en charge [8, 9]. La DE est ensuite considérée comme un marqueur pertinent de mauvaise santé non sexuelle, corrélée à l'état de santé global [10]. La DE est, en particulier, de plus en plus assimilée à un **nouveau marqueur clinique du risque cardiovasculaire (CV)**. Les corps érectiles sont en effet des organes vasculaires [1, 11, 12]. Cette intimité de liens entre DE et pathologie CV explique ainsi les recommandations internationales (grade A) [3, 13] d'évaluer le statut CV avant toute prescription, car la DE peut être un des premiers symptômes d'une maladie athéromateuse ubiquitaire ou d'une dysfonction endothéliale [14], ainsi qu'un des motifs de consultation chez les hommes entre 35 et 60 ans souvent peu ou mal suivis [1, 8].

Pourquoi le diabétologue doit-il prendre en charge la DE ?

Le diabète occupe une place singulière pour trois raisons principales.

- La prévalence de la DE est **près de trois fois plus importante chez les sujets diabétiques** par rapport à la population masculine générale [15, 16]. La prévalence varie, selon les publications et le type de population observée, de 27 à 75 % (pays occidentaux) et de 20 à 90 % (pays asiatiques) [17-19]. L'incidence de la DE augmente avec l'âge, l'ancienneté et la sévérité du diabète [6], notamment en cas de complications macro- ou microvasculaires, de rétinopathie, de néphropathie chronique, de neuropathie sensorielle, de maladie cardiovasculaire, ainsi que chez les patients traités par insuline et diurétique [15, 18]. Avec 8,8 ans de suivi, l'étude MMAS (*Massachusetts Male Aging Study*) avait montré une incidence de la DE de 50,7 nouveaux cas pour 1 000 patients/an en cas de diabète (25,9 dans la population générale) [20]. Une récente étude italienne, menée chez des hommes diabétiques, a trouvé une incidence de 68 nouveaux cas de troubles érectiles pour 1 000 patients/an, au bout de seulement 2,8 ans de suivi, soit plus du double de celle ayant été rapporté dans l'étude MMAS, calculée au sein de la population générale [12], probable témoin de la pandémie de « diabésité » en cours. Les études montrent aussi que la DE du diabétique est souvent plus sévère, et donc souvent plus difficile à prendre en charge (cf. RCP respectifs des médicaments, Dictionnaire Vidal®).

- Une **majorité de patients diabétiques** et de couples **souhaiterait une prise en charge**, quel que soit l'âge, en raison des conséquences défavorables sur la vie et le bien-être du patient et de son couple. Les enquêtes mettent aussi en évidence les difficultés réciproques de communication entre soignants et patients et d'information sur les troubles de la santé sexuelle. Ces lacunes expliquent que cette réelle demande des patients, plus ou moins exprimée, reste souvent ignorée, sous-estimée ou négligée, alors qu'elle contribue sans

conteste à améliorer la qualité de vie des patients et des couples.

- **La DE peut révéler un diabète ignoré voire, ceci ayant été plus récemment démontré, ses complications.** Les recommandations internationales préconisent de doser la glycémie systématiquement lors du bilan biologique initial d'une DE [1-3]. La DE révélerait un diabète dans environ 10 à 12,5 % des cas [11, 12], et des glycémie à jeun élevées sont découvertes pour la première fois chez 15 % des patients avec une DE [12]. Puisque le diabète se caractérise par un risque élevé de complications ischémiques et thrombotiques au niveau cardiaque, cérébral et périphérique [5], la DE ne doit plus être négligée car elle représente un nouveau marqueur clinique du risque cardiovasculaire.

Ainsi, dans la tranche d'âge 35-60 ans, et en l'absence d'autre étiologie manifeste (neurologique, iatrogène, traumatique), toute survenue d'une DE chez un sujet non diabétique (et à fortiori, diabétique) doit être considérée jusqu'à preuve du contraire, comme un « **angor de verge** », c'est-à-dire, comme un symptôme vasculaire à l'effort, prodrome potentiel d'accidents CV aigus pouvant engager le pronostic vital [8]. L'idée force de l'angor de verge est de tirer profit d'une « **fenêtre d'opportunité** » **évaluée entre 2 à 4 ans** [14, 21, 22] pour reconnaître précocement les sujets à risque CV significatif d'où le récent concept du « triple ED » (*Erectile Dysfunction = Endothelial Dysfunction = Early Detection*) [8, 21, 22]. L'accumulation continue de données scientifiques, épidémiologiques et physiopathologiques, indique qu'après 30 ans, cet « avertisseur » clinique peut également servir pour un dépistage proactif opportuniste pour de multiples situations à risque ou morbidités chroniques qui concernent très directement l'exercice spécifique du diabétologue (diabète, syndrome métabolique, maladies CV, endocriniennes, mauvaise observance) ou plus indirectement (pathologies prostatiques, addictives, iatrogènes, troubles de l'humeur ou du sommeil...) [7, 8, 22]. Ce « dépistage » prend d'autant plus d'importance que ces différentes morbidités restent insuffisamment pri-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3275952>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3275952>

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