



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE DE LA LITTÉRATURE

Étiologie et prise en charge de la dysfonction érectile chez le patient diabétique

Aetiology and management of erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus

V. Phé^a, M. Rouprêt^{b,*}, K. Ferhi^b, O. Traxer^a,
F. Haab^a, S. Beley^a

^a Service d'urologie de l'hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

^b Service d'urologie et de transplantation rénale, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, université Paris-VI, AP-HP, groupe hospitalo-universitaire Est, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

Reçu le 10 août 2008 ; accepté le 3 février 2009

Disponible sur Internet le 5 avril 2009

MOTS CLÉS

Diabète ;
Dysfonction sexuelle ;
Dysfonction endothéliale ;
Érection ;
Dysfonction érectile ;
Implant pénien

Résumé La dysfonction érectile (DE) a une prévalence plus élevée chez les patients diabétiques puisqu'elle concerne au moins 30 % d'entre eux. La physiopathologie est complexe et d'origine multifactorielle, impliquant principalement les lésions de l'endothélium vasculaire, la neuropathie diabétique et les facteurs psychologiques. La DE est aujourd'hui considérée comme un symptôme sentinelle d'une atteinte cardiovasculaire et doit faire rechercher une maladie coronarienne. Cet événement doit donc être détecté par le médecin qui prend en charge le patient diabétique. La DE est responsable d'une altération de la qualité de vie. La prise en charge thérapeutique repose sur des traitements spécifiques d'une part, la prévention et le traitement des complications de la maladie diabétique et l'accompagnement psychologique des patients, d'autre part. Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) sont devenus le traitement de première ligne avec une sécurité et une efficacité d'utilisation prouvée. En seconde ligne, les traitements locaux tels que les injections intracaverneuses de prostaglandines ou le vacuum peuvent être envisagés. En dernier recours, les prothèses péniennes sont une solution envisageable. La dimension psychologique ne doit pas pour autant être négligée dans la prise en charge globale des troubles sexuels, au détriment du traitement organique.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : morgan.roupret@psl.aphp.fr (M. Rouprêt).

KEYWORDS

Diabetes mellitus;
Endothelial
dysfunction;
Sexual dysfunction;
Erection;
Erectile dysfunction;
Penile prosthesis

Summary Prevalence of erectile dysfunction (ED) has a higher incidence in patients treated for diabetes mellitus as it concerns more than 30% of them. ED's physiopathology is complex and multifactorial, involving a combination of classical risk factors (endothelial dysfunction), specific factors (e.g., diabetic neuropathy) and psychological factors. ED is most often forewarning a cardiovascular disease. Therefore, it needs to be detected by the physician who is taking care of the diabetic patient. ED is responsible for a deterioration of the quality of life. Therapeutic management relies, on one hand, on specific measures such as prevention of diabetic complications and, on the other hand, on psychological accompaniment of the patient. Phosphodiesterase-5 inhibitors have become the first-line treatment as they are efficient and safe in most cases. As a second line, intracavernous injections remain a gold-standard treatment but the vacuum can be proposed as well. In case of failure, penile prosthesis can even be considered. The psychological dimension of ED has to be considered as much as organic matters. © 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La dysfonction érectile (DE) est définie comme l'impossibilité d'avoir ou de maintenir une érection suffisante pour avoir un rapport satisfaisant [1]. Les études épidémiologiques montrent que la DE a une incidence plus élevée chez le patient diabétique. De nombreux travaux s'intéressent à la DE chez le patient diabétique en raison de son lien étroit avec les maladies cardiovasculaires par le biais de la dysfonction endothéliale. D'importants progrès ont été réalisés dans le domaine de la prise en charge thérapeutique, avec la mise sur le marché des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5). Les médecins qui prennent en charge des patients diabétiques sont de plus en plus nombreux à dépister la DE [2], confortés par l'existence de traitements efficaces et simples à utiliser et conscients du rôle que tient ce symptôme dans le dépistage de la dysfonction endothéliale [3,4]. Par ailleurs, la DE est parfois responsable d'une altération de la qualité de vie [5,6]. D'autres problèmes sexuels sont fréquemment ressentis par les patients diabétiques, comme les troubles de l'éjaculation ou la diminution de la satisfaction sexuelle [7].

Le but de ce travail a été d'effectuer une mise au point concernant la prise en charge spécifique de la DE chez les patients diabétiques, en accord avec les données récentes de la littérature scientifique.

Épidémiologie

La DE est une complication fréquente du diabète. Son incidence est fortement corrélée à celle du diabète. Environ 32 % des patients diabétiques de type 1 et 46 % des patients diabétiques de type 2 présentent une DE [8]. L'étude *Massachusetts male aging stud* (MMAS) rapporte une prévalence trois fois plus importante chez le patient diabétique traité que chez le patient non diabétique [9]. Par ailleurs, la DE est parfois le premier symptôme du diabète chez 12 % des patients pour lesquels un diagnostic de maladie endocrinienne est posé par la suite [10].

Par ailleurs, l'incidence de la DE est majorée dans la population de patients atteints de maladie

cardiovasculaires et de diabète, puisqu'elle est de l'ordre de 20 à 70 % [11–13]. Les maladies cardiovasculaires, le tabagisme, l'hypertension, la dyslipidémie et la dépression sont autant de facteurs qui jouent un rôle dans la survenue d'une DE chez le patient diabétique [14].

Par ailleurs, la présence de maladies cardiovasculaires et de diabète augmente le risque de DE. Environ 50 % des patients diabétiques ont une DE après dix années d'évolution de leur maladie [15,16]. Le risque semble être augmenté avec l'âge, le déséquilibre glycémique, la durée d'évolution de la maladie diabétique et la survenue de complications telles que la rétinopathie ou la néphropathie. De 30 à 34 ans, la DE concerne 15 % des diabétiques. Ce chiffre s'élève à 60 % après 60 ans [17]. La sévérité de la DE est directement corrélée au taux d'hémoglobine glyquée avec un taux de DE sévère de 9 % en cas de hémoglobine glyquée inférieure à 8 % et de 40 % pour une hémoglobine glyquée supérieure à 8 % [18].

Mécanismes physiopathologiques

L'origine de la DE est donc multifactorielle chez le patient diabétique et les mécanismes sont complexes. Les complications de la maladie diabétique, les comorbidités cardiovasculaires, les effets secondaires de certains médicaments (antihypertenseurs) ou encore les facteurs psychologiques sont autant d'éléments impliqués dans la genèse des troubles de l'érection chez le patient diabétique.

Lésions de l'endothélium vasculaire

La littérature actuelle est en faveur d'une association forte entre la dysfonction endothéliale, DE et maladies cardiovasculaires [19]. Les mécanismes moléculaires et cellulaires en cause impliquent une élévation des *advanced glycation end-products* (AGE), une élévation des radicaux libres, une diminution de la synthèse de monoxyde d'azote (NO), une diminution de la *cyclic guanosine monophosphate* (cGMP) et une modification des récepteurs à l'endothéline B [19].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827246>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827246>

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