

Item122-Trouble de l'érection.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques, justifier les examens complémentaires pertinents. - Citer les moyens thérapeutiques		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- La prise en charge de première intention de la dysfonction érectile / AIHUS / 2010	- FdR CV / diabète / alcool / endoc. - Mesure de l'IPS / prise de la PA - Cause cardio-vasculaire JPDC - Prise en charge psychologique - IPDE-5 / auto-inj. intra-caverneuse	- Prise médicamenteuse - Bilan minimal du RCV +/- EE - Éliminer une cardiopathie avant de prescrire des IPDE +++

Généralités

Définition

- **Dysfonction érectile (DE)**
 - Incapacité persistante à obtenir une érection de qualité et de durée adéquates
 - à l'exclusion des troubles de la libido / de l'éjaculation / de l'orgasme
- **!! Réflexe (A savoir !)**
 - Toute dysfonction érectile doit faire rechercher une insuffisance coronarienne

Epidémiologie

- **!! Troubles de l'érection fréquents: 11% des hommes et > 20% après 50ans**
- **Facteurs de risque**
 - âge +++ / situation familiale (hommes mariés > célibataires...)
 - co-morbidité (DE secondaire): FdR cardio-vasculaires +++

Rappels anatomiques

- **corps érectile = pénis**
 - **corps caverneux (x2):** de part et d'autre (contient les espaces sinusoides)
 - **corps spongieux:** au centre (contient l'urètre)
- **vascularisation**
 - **artérielle:** a. pudendale interne → a. profonde du pénis (= a. caverneuse)
 - **veineuse:** v. sous-albuginéales → v. circonflexes
- **innervation: double**
 - **par SN somatique:** innervation sensitive
 - **par SN autonome:** sympathique (T10-L2) / parasympathique (S2-S4)

Physiologie de l'érection

- **au repos:** tonus sympathique: cellules ML contractées = pas de remplissage
- **à l'érection:** activation du SNA parasympathique et libération locale de NO / PG
 - relaxation des cellules musculaires lisses → remplissage des corps caverneux
 - rigidité de la verge par compression veineuse (blocage du retour)

Etiologies

Causes psychogènes

- DE multifactorielle +++ : toujours une part psychogène dans tout trouble érectile
- Toute trouble psychologique: stress / anxiété (de performance ++) / dépression..

Causes organiques

- **vasculaires**
 - **artérielles:** rechercher FdR CV / **athérosclérose** / AOMI / insuffisance cardiaque
 - **veineuses:** incompétence veino-caverneuse / maladie de Lapeyronie (déviation)
- **iatrogènes/toxiques**
 - **médicamenteuses:** tous les anti-HTA (thiazidiques et BB) / psychotropes / statines
 - **chirurgie pelvienne / radiothérapie:** pour pathologie prostatique +++

- **toxiques**: alcoolisme (NP) / codéine / cannabis / héroïne..
- **neurologiques**
 - **centrales**: maladie de Parkinson / AVC / SEP / compression médullaire
 - **périphériques**: neuropathie périphérique (diabète / alcool)
- **endocrinologiques**
 - **Diabète** +++ / dysthyroïdie / hypercorticisme
 - Hyperprolactinémie / hypogonadisme / ISL

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire (+++)**
 - **Terrain**: atcd (diabète ++) / risque cardio-vasculaire (**RCV**) / psychologique
 - **Prises**: médicamenteuses ou toxiques (**A savoir !**)
 - **Anamnèse**: ancienneté / autres partenaires / facteur déclenchant / conflit
 - **Retentissement**: sur le couple / psychologique / questionnaire IIEF
 - → **en pratique, 2 questions devant une dysfonction érectile**
 - Persistance d'**érections** matinales ? (si oui, part psychogène ++)
 - Persistance du **désir** sexuel: libido ? (si non, dosage testostérone ++)
 - **Signes fonctionnels en faveur d'une étiologie organique (neuro...)**
- **Examen physique**
 - Indispensable mais le plus souvent normal
 - **!! Rechercher une étiologie organique**
 - **cardiovasculaire**: **pouls** périphériques / PA / **IPS** / athérosclérose (**A savoir !**)
 - **neurologique**: sensibilité périnéale / réflexe bulbocaverneux
 - **endocrinologique**: caractères sexuels II (pilosité)
 - **urologique**: examen des OGE / **TR**: prostate + tonus sphincter anal

Examens complémentaires

- **Bilan de 1ère intention: doit être systématique**
 - **Bilan minimal du risque cardio-vasculaire +++**
 - ECG / glycémie à jeun / EAL (CT / HDL / TG)
 - Ionogramme / créatinine / bandelette urinaire
 - uricémie / bilan hépatique (si dernier > 5ans)
 - **Si RCV élevé → rechercher une insuffisance coronaire (A savoir !)**
 - **Test d'ischémie** myocardique: épreuve d'effort +++ (cf **Syndromes coronariens aigus**)
 - **En cas de signes d'hypogonadisme**
 - Bilan hormonal avec testostéronémie peut être fait en 1ère intention
- **Bilan de 2nde intention**
 - **Bilan hormonal +++**
 - si trouble de la libido ou hypogonadisme: recherche d'un DALA (cf **Ménopause et andropause**)
 - **testostéronémie** +/- (si < 2ng/ml) 2nd prélèvement et FSH/LH avec PRL
 - **Echo-doppler pénien (des a. caverneuses)**
 - toujours associé à une injection intra-caverneuse (ICC / ex: PG)
 - recherche: insuffisance artérielle ou veineuse (= pas d'érection à l'ICC)
 - **Rigidimétrie pénienne nocturne**
 - Enregistrement de la rigidité pendant sommeil paradoxal
 - Si normale sur 2 nuits: dysfonction érectile psychogène pure
 - **Artériographie illiaque**: seulement en pré-opératoire
- **!! NPO bilan du terrain**
 - Homme entre 50-74ans = dépistage du cancer de la prostate (cf **Tumeurs de la prostate.**)

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire / suivi régulier

Mesures non médicamenteuses +++

- Soutien **psychologique** +/- consultation avec un **sexologue**
- Rassurer / information / prise en compte du partenaire
- Rééducation érectile

Traitement médicamenteux

- **Inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5 (IPDE-5)**

- **Indication:** en 1ère intention devant une dysfonction érectile persistante
- **Spécialités:** sildénafil (Viagra®) / tadalafil (Lévitra®) / vardénafil (Cialis®)
- **Mode d'action:** inhibition de la dégradation du GMPc (2nd messenger du NO)
- **Modalités:** prise PO à jeun / 50mg / 1h avec l'activité sexuelle / efficacité ~ 4h
- **Contre-indications +++ (A savoir !)**
 - Prise de dérivés nitrés / prise de nitrate (« poppers »)
 - **Cardiopathie** ischémique ou insuffisance cardiaque sévères
 - HypoTA / HTA non contrôlée / AVC récent
- **ES:** céphalées / bouffées de chaleur (flush) / congestion nasale / nausées
- **Auto-injections intra-caverneuses (IIC)**
 - **Indication:** en 2nde intention si échec ou contre-indication des IPDE-5
 - **Spécialités:** alprostadil (Edex® ou Caverject®: PE1), papavérine
 - **Mode d'action:** diminue la libération de NAd (par adénylate cyclase)
 - **Contre-indications:** aucune (notamment cardio: car action locale seulement)
 - **ES:** priapisme +++ / appréhension de l'injection
- **Alternatives**
 - Dispositifs érecteurs à dépression (Vacuum / pour « réhabilitation pénienne » ++)
 - Apomorphine (Ixense®): agoniste dopaminergique D2 → action centrale
 - Yohimbine: antagoniste α_2 -Ad (efficacité non prouvée / pas d'AMM)

Traitement chirurgical

- **Indications**
 - rares +++ / si lésion des nerfs érectiles ou de la vascularisation
 - en post-prostatectomie totale pour cancer de prostate chez patient jeune par exemple
- **Modalités**
 - **Prothèses péniennes:** implants gonflables (pompe dans le scrotum)
 - **Revascularisation:** pontage exceptionnel / seulement si patient jeune

Mesures associées

- Prise en charge des cardio-vasculaire / équilibration d'un diabète (A savoir !)
- Arrêt du tabac et toxiques (alcool / drogues)

Surveillance

- **Clinique:** modalités de prises / fréquence / psychologie / ES des IPDE-5

Synthèse pour questions fermées

Quel est le bilan de 1ère intention devant un trouble de l'érection chez un homme de > 60 ans ?

- Bilan minimal du risque cardio-vasculaire ++ : ECG / Glycémie à jeun / EAL / Iono, urée, créat, BHC

Quel est le traitement médicamenteux de 1ère intention dans les troubles de l'érection ?

- Inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE-5) PO à jeun

Quelles en sont les 2 principales contre indications à rechercher ?

- Recherche d'une cardiopathie ischémique
- Recherche d'une hypotension orthostatique