




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

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



## RECOMMANDATION



# Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile (réactualisation 2010)<sup>☆</sup>

B. Cuzin (MD, MSC)<sup>a,\*</sup>, F. Cour (MD)<sup>b</sup>, P.-J. Bousquet (MD)<sup>c</sup>, P. Bondil (MD)<sup>d</sup>, M. Bonierbale (MD)<sup>e</sup>, M. Chevret-Measson (MD)<sup>f</sup>, F. Collier (MD)<sup>g</sup>, M.-H. Colson (MD)<sup>h</sup>, A. Corman (MD)<sup>i</sup>, M. de Crecy (MD)<sup>j</sup>, M. Desbarats (MD)<sup>k</sup>, P. Desvaux (MD)<sup>l</sup>, S. Droupy (MD)<sup>c</sup>, A. Faix (MD)<sup>m</sup>, A. Lemaire (MD)<sup>n</sup>, F. Paganelli (MD)<sup>o</sup>, G. Paris (MD)<sup>p</sup>, R. Porto (MD)<sup>q</sup>, M. Segalas (MD)<sup>r</sup>, I. Tournerie (MD)<sup>s</sup>, P. Costa (MD)<sup>t</sup>

<sup>a</sup> Service d'urologie et de transplantation, groupement hospitalier Édouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

<sup>b</sup> Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>c</sup> Groupe hospitalier Carémau, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes, France

<sup>d</sup> Service d'urologie, centre hospitalier de Chambéry, place du Docteur-F.-Chiron, 73000 Chambéry, France

<sup>e</sup> CHU Sainte-Marguerite, 70, boulevard de Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

<sup>f</sup> 283, rue de Créqui, 69007 Lyon, France

<sup>g</sup> Hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU, 59037 Lille, France

<sup>h</sup> 22, cours Pierre-Puget, 13006 Marseille, France

<sup>i</sup> 7, rue Romiguières, 31000 Toulouse, France

<sup>j</sup> 120, avenue Gabriel-Péri, 91700 Sainte-Geneviève-des-Bois, France

<sup>k</sup> 43, rue Dominique-Clos, 31300 Toulouse, France

<sup>l</sup> 11, rue Magellan, 75008 Paris, France

<sup>m</sup> Clinique Beau-Soleil, 199, avenue de Lodève, 34070 Montpellier, France

<sup>n</sup> 3, allée Carolus, 59000 Lille, France

<sup>o</sup> Centre hospitalier universitaire de Marseille Nord, 13915 Marseille, France

<sup>p</sup> 8, allée Fernand-Braudes, 92160 Antony, France

<sup>q</sup> 48, boulevard Rodocanachi, 13008 Marseille, France

<sup>r</sup> Cabinet médical, 2, rue des Sols, 32200 Gimont, France

<sup>s</sup> 112 bis, rue Houdan, 92330 Sceaux, France

<sup>t</sup> Service d'urologie-andrologie, CHU de Carémau, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes, France

Disponible sur Internet le 5 février 2011

DOI de l'article original : [10.1016/j.sexol.2010.12.009](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.12.009).

<sup>☆</sup> This issue also includes an English version: Cuzin B, Cour F, Bousquet PJ, Bondil P, Bonierbale M, Chevret-Measson M, et al. Guidelines for general practitioners for first-line management of erectile dysfunction (updated 2010).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [beatrice.cuzin@chu-lyon.fr](mailto:beatrice.cuzin@chu-lyon.fr) (B. Cuzin).

1158-1360/\$ - see front matter © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:[10.1016/j.sexol.2010.12.008](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.12.008)

**MOTS CLÉS**

Dysfonction érectile ;  
Médecine générale ;  
Première intention ;  
Réactualisation

**Résumé** La première version des recommandations pour la prise en charge en première intention d'un patient rapportant une dysfonction érectile en médecine générale a été élaborée sous l'égide de l'Association Inter-hospitalo-universitaire de sexologie (AIHUS), sur un projet de son président, Pierre Costa. Elles ont obtenu le parrainage de l'Association française d'urologie (AFU), de la Société d'andrologie de langue française (SALF), de la Société française de sexologie clinique (SFSC) et de la Société internationale francophone d'urodynamique et de pelvipérinéologie (SIFUD-PP) en 2005. La méthode de travail utilisée était celle décrite dans le guide « Les recommandations pour la pratique clinique-Bases méthodologiques pour leur réalisation en France », publié en 1999 par l'Anaes. Elles ont été réactualisées en 2009–2010 selon la même méthodologie.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La première version des recommandations pour la prise en charge en première intention d'un patient rapportant une dysfonction érectile (DE) en médecine générale a été élaborée sous l'égide de l'Association inter-hospitalo-universitaire de sexologie (AIHUS), sur un projet de son président, le professeur Pierre Costa. Ces recommandations ont obtenu le parrainage de l'Association française d'urologie (AFU), de la Société d'andrologie de langue française (SALF), de la Société française de sexologie clinique (SFSC) et de la Société internationale francophone d'urodynamique et de pelvipérinéologie (SIFUD-PP) (Cour et al., 2005, <http://www.aihus.fr/prod/data/Aihus/Vie/recommandationsauxmedecins.pdf>). La méthode de travail utilisée était celle décrite dans le guide « Les recommandations pour la pratique clinique-Bases méthodologiques pour leur réalisation en France », publié en 1999 par l'Anaes<sup>1</sup>. Elles ont été réactualisées en 2009–2010.

La réactualisation des ces recommandations présentées ci-dessous a suivi également cette méthodologie :

- les recommandations ont été élaborées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés. Le groupe de travail a réuni des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, un rapporteur et un méthodologiste, qui ont identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et élaborées avec le groupe de travail ;
- un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

<sup>1</sup> L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) en août 2004.

La première version des recommandations avait été coordonné par Florence Cour, chargée du projet et de sa rédaction. La recherche bibliographique a été coordonnée par Pascale Fabbro-Peray, qui avait effectué également la sélection des articles selon leur niveau de preuve et leur intérêt pour ce travail, en collaboration avec Florence Cour. Le respect de la méthode de travail de l'Anaes avait été vérifié par Béatrice Cuzin.

La version réactualisée a été coordonnée par Béatrice Cuzin, chargée du projet et de sa rédaction et la recherche bibliographique coordonnée par Philippe Jean-Bousquet.

La logistique a été assurée par la société BGconsultant lors des deux versions.

**Les modifications réalisées lors de la réactualisation sont signalées au lecteur en gras italique.**

## Recherches bibliographiques

Medline (National Library of Medicine, États-Unis), Pascal (CNRSINIST, France), Cochrane Library (Grande-Bretagne), banque de données en santé publique (BDSP) (France), sociétés savantes compétentes. La recherche sur la base de données Medline a privilégié la sensibilité et a permis d'identifier 3445 références. Les recherches sur les autres bases ainsi que les consultations des sources des sociétés savantes ont permis de retrouver 628 références supplémentaires. Après examen dans un premier temps des titres et des résumés, 2996 références ont été classées hors sujet ou hors du champ strict de ces recommandations pour le médecin généraliste. Au total, 1077 références avaient été examinées.

Pour la réactualisation, une première recherche approfondie par mot-clefs (terme appartenant à la terminologie Medical Subjects Heading [MeSH] et texte libre) a été proposée en interrogeant les bases de données précitées de janvier 2005 à mars 2010. La méthodologie utilisée a commencé par réaliser une élimination systématique d'articles, au terme de laquelle, environ 1200 articles ont pu être éliminés. Puis la deuxième phase a été une sélection d'articles par les méthodologistes : au terme de ces deux dernières procédures, seuls 435 articles ont été retenus. Ensuite, une sélection d'articles par les membres des groupes de travail a été réalisée.

Au total, 504 références ont été citées dans le texte long (disponible sur le site de l'AIHUS : <http://www.aihus.fr/prod/data/Aihus/Vie/recommandationsauxmedecins.pdf>).

## Graduations des recommandations

En suivant les modalités de l'HAS, selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations sont classées en grade A, B ou C :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une pré-somption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel exprimé par le groupe de travail ; cependant, lorsqu'il s'agit d'un accord professionnel fort, celui-ci est mentionné dans le document.

## Critères diagnostiques d'une dysfonction érectile

### Diagnostic positif

C'est un diagnostic d'interrogatoire.

Celui-ci doit confirmer la plainte du patient.

Une question simple est proposée, par exemple : « Donc, vous avez un problème d'érection (ou de manque de rigidité) pendant les rapports? », dont la valeur diagnostique paraît équivalente à l'utilisation de l'International Index of Erectile Function (IIEF) dans sa version courte, auto-questionnaire validé largement utilisé dans toutes les études sur le sujet. La réponse à cette question peut être facilitée par l'utilisation du score de rigidité. Une écoute active, sans préjugé, respectant la confidentialité, paraît essentielle à la bonne conduite de l'interrogatoire, et met en confiance le patient.

### Diagnostic des autres troubles sexuels

C'est aussi un diagnostic d'interrogatoire. Des questions simples permettront de reconnaître l'existence :

- d'un trouble du désir : « Avez-vous toujours envie d'avoir des rapports? » ;
- d'un trouble de l'éjaculation : « Avez-vous une éjaculation trop rapide, retardée, voire absente? » ;
- de douleurs lors des rapports : « Avez-vous mal pendant les rapports? Pendant l'érection, au moment de l'éjaculation? » ;
- d'anomalies de la rectitude de la verge gênant la pénétration (maladie de Lapeyronie, courbure congénitale,):

« Avez-vous une déformation de la verge lorsque vous êtes en érection? » ;

- d'une plainte concernant le prépuce (phimosis) ou la taille de verge : « Êtes-vous gênés pour décalotter? Êtes-vous soucieux par rapport à la taille de votre verge? ».

L'association de la DE avec un autre trouble sexuel est fréquente et est un facteur de complexité pour sa prise en charge. La présence de l'un de ces troubles sexuels, autres que la DE exclut le patient du cadre de ces recommandations.

## Caractérisation de la dysfonction érectile

Une fois la DE confirmée, il est recommandé de rechercher la présence d'autres critères diagnostiques et pronostiques :

- le caractère primaire (c'est-à-dire existant depuis le début de la vie sexuelle) ou secondaire, acquis, de la DE. En dehors des antécédents de traumatismes pelvi-périnéaux, le caractère primaire de ce trouble témoigne d'un problème complexe, organique et/ou psychosocial et doit faire prendre un avis spécialisé psychiatrique ou psychosexologique ;
- le caractère inaugural ou réactionnel à un autre trouble sexuel ;
- le caractère brutal (où il convient de rechercher une circonstance déclenchante) en faveur d'une cause psychologique prédominante, ou progressif, pouvant orienter vers une cause organique ;
- le caractère permanent ou situationnel (par exemple selon la partenaire...);
- la persistance d'érections nocturnes et/ou matinales spontanées qui évoque en premier lieu une origine psychologique ;
- la sévérité de cette DE :
  - par le délai entre l'apparition du trouble et la consultation : il semble que plus la durée est longue, plus la prise en charge sera complexe,
  - par l'existence ou non d'une capacité érectile résiduelle (tumescence ou rigidité suffisante ou non pour une pénétration),
  - par la possibilité d'érections provoquées (masturbation...),
  - par la persistance des érections nocturnes et/ou matinales spontanées.

Une DE réactionnelle, situationnelle, associée à la présence d'érections spontanées ou provoquées de bonne qualité évoque une problématique psychogène prédominante. Le maintien d'une capacité érectile résiduelle est a priori un facteur de bon pronostic et peut permettre déjà de rassurer le patient.

## Histoire sexuelle

Il convient de questionner le patient sur sa vie sexuelle antérieure, et l'existence éventuelle de difficultés sexuelles lors des premières expériences ou à l'âge adulte, d'agression sexuelle, notamment dans l'enfance.

## Évaluation du retentissement de la dysfonction érectile

Le groupe de travail recommande de s'enquérir de l'importance que le patient accorde à son trouble, sachant qu'elle n'est pas obligatoirement proportionnelle à la sévérité de sa DE.

Il convient de l'interroger sur les raisons qui l'ont poussé à consulter (par exemple une rencontre récente, une demande de la partenaire).

*Il faut préciser le contexte actuel affectif et sexuel du patient et de son couple, la durée de la DE et de l'éventuelle abstinence et rechercher un éventuel retentissement familial ou professionnel.*

*Il faut s'enquérir du retentissement de la survenue d'une DE chez un patient présentant déjà une maladie chronique (compliance au traitement de la maladie chronique).*

*Les auto-questionnaires, comme l'IIEF ou l'EHS, peuvent être proposés en complément de cet interrogatoire. Ils ne se substituent pas à celui-ci (Accord professionnel fort).*

## Recherche des pathologies et facteurs pouvant favoriser ou aggraver une dysfonction érectile

Il est recommandé de rechercher systématiquement les antécédents ou les symptômes orientant vers une pathologie organique, mais aussi vers des problèmes psychologiques, susceptibles de déclencher ou d'aggraver une DE et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique :

- antécédents abdominopelviques : chirurgie, irradiation, traumatisme ;
- diabète : l'état de son équilibre et l'existence d'autres complications éventuelles (rétinopathie, neuropathie des membres inférieurs...).

*Facteurs de risque cardiovasculaires : il est fortement recommandé au médecin de recueillir des renseignements sur l'état cardiovasculaire car la DE, peut être le seul motif de consultation chez des hommes par ailleurs asymptomatiques. L'existence d'une DE associée à au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire doit orienter le patient vers un avis cardiologique :*

- surcharge pondérale, et notamment l'obésité abdominale (périmètre abdominal 102 cm chez l'homme) ;
- sédentarité (absence d'activité physique soutenue d'une durée de 30 minutes consécutives au moins deux fois par semaine) ;
- facteurs psychosociaux (stress professionnel ou autres...);
- tabagisme ;
- HTA, syndrome métabolique ;
- autres maladies cardiaques (angor, insuffisance cardiaque, etc.) ;
- dyslipidémie ;

- affections neurologiques (maladie de Parkinson, sclérose en plaques séquelles de traumatisme médullaire...);
- existence de troubles mictionnels, en rapport le plus souvent au-delà de 50 ans avec une hypertrophie bénigne de la prostate ;
- une endocrinopathie, liée de façon beaucoup plus rare à une DE (hypo- ou hyperthyroïdie, adénome à prolactine, déficit androgénique connu...);
- pathologies chroniques : hépatiques, rénales... ;
- des troubles du sommeil (apnées du sommeil, insomnie...) pouvant altérer la fonction érectile et dont l'existence est à connaître avant tout traitement d'un déficit androgénique associé à la DE.

*Il est recommandé d'établir une liste exhaustive de tous les traitements pris par le patient, afin de rechercher ceux susceptibles d'avoir une action délétère sur la fonction érectile, même si le niveau de preuves est faible et la responsabilité d'un traitement donné est souvent surestimée (y compris avec les anti-hypertenseurs).*

Il est recommandé de rechercher des signes évocateurs de déficit androgénique : essentiellement diminution de la libido, du nombre et/ou de la qualité des érections nocturnes ou matinales. Les autres signes, comme une fatigabilité, des troubles de la mémoire ou de l'humeur sont moins spécifiques (grade A) ; certaines situations cliniques le favorisent : toutes les maladies chroniques, une corticothérapie prolongée, un syndrome métabolique, la diminution de l'activité sexuelle, des antécédents chirurgicaux testiculaires ou herniaires... .

Il est recommandé au médecin généraliste de rechercher systématiquement toute maladie psychiatrique, mais également toutes les circonstances socio- et psycho-affectives pouvant interférer avec la sexualité et susceptibles de générer ou de pérenniser une DE (Accord professionnel fort) :

- des troubles addictifs : toxicomanie médicamenteuse, alcool, stupéfiants, une addiction sexuelle ;
- un syndrome dépressif : il est recommandé d'utiliser deux questions simples :
  - « Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent senti abattu, déprimé, désespéré? »,
  - « Au cours du dernier mois, avez-vous souvent ressenti une baisse d'intérêt ou de plaisir dans votre vie de tous les jours? ».

Une réponse positive à ces deux questions est en faveur d'un syndrome dépressif. Il faut aussi rechercher des antécédents d'épisodes dépressifs qui viendront étayer ce diagnostic :

- une anxiété de performance sexuelle, très fréquente, particulièrement en cas de personnalité anxieuse, maintenant le cercle vicieux de « l'échec » ;
- au cours de cette approche, la suspicion d'un trouble de la personnalité, d'une pathologie psychotique ou d'une paraphilie doit faire prendre un avis spécialisé, psychiatrique ou sexologique (Accord professionnel fort) ;
- des événements de vie qu'ils soient négatifs (chômage, décès, infertilité...), mais aussi positifs (promotion,

nouvelle rencontre, naissance...), survenus dans les trois à six mois avant l'apparition de la DE ;

- des difficultés de couple : de la simple absence de communication au conflit avéré ;
- l'absence de partenaire.

Il est fortement recommandé au médecin de recueillir des renseignements sur la partenaire : sur son attitude et sa motivation sexuelle, sur l'existence de troubles sexuels (diminution du désir, dyspareunie, anorgasmie), sur sa santé psychique et physique en général et particulièrement sur ses problèmes gynécologiques éventuels, son statut hormonal (ménopause), ses antécédents chirurgicaux pelviens et sérologiques, le mode de contraception (Accord professionnel fort).

### Examen clinique

Un examen clinique est recommandé chez tous les patients (Accord professionnel fort).

Cet examen général comportera :

- un examen urogénital : appréciation des caractères sexuels secondaires : testicules (taille, consistance), pénis (recherche d'un phimosis d'une maladie de Lapeyronie ou autres anomalies morphologiques), toucher rectal après 50 ans (à partir de 45 ans dans les cas d'antécédents familiaux) ; examen des seins ;
- un examen cardiovasculaire : prise de tension artérielle du pouls et des pouls périphériques, recherche d'un souffle artériel, mesure du périmètre abdominal ;
- un examen neurologique orienté : réflexes ostéotendineux et cutané plantaire, sensibilité des membres inférieurs, en particulier des pieds, et recherche d'une anesthésie en selle (au moment du toucher rectal).

### Examens complémentaires à réaliser dans le bilan initial

Le bilan recommandé est essentiellement biologique (Accord professionnel fort) :

- glycémie à jeun si le patient n'en a pas eu dans les 12 mois précédents, avec hémoglobine glycosylée (HB A1C) si le patient est diabétique connu ;
- profil lipidique, s'il n'y en a pas eu dans les 12 mois précédents ;
- NFS, ionogramme, créatininémie, bilan hépatique s'il n'y a pas eu de bilan depuis cinq ans : sauf anomalie clinique ;
- la recherche d'un déficit androgénique biologique est recommandée chez les patients présentant des facteurs de risque (existence d'une maladie chronique, corticothérapie au long cours, antécédents de chirurgie herniaire, de cryptorchidie opérée, de cure de varicocèle ou d'orchidectomie, notamment pour cancer du testicule...) ou en cas de signes cliniques évocateurs, comme une diminution du désir sexuel ou de la fréquence et de la qualité des érections nocturnes, des troubles de l'éjaculation.

Pour certains, en dehors de ces signes d'appel, un dosage systématique de la testostéronémie totale chez

l'homme de plus de 50 ans atteint de DE, pourrait être également proposé.

Le dosage de la testostéronémie biodisponible est préconisé : il sera transmis par le laboratoire de proximité à un laboratoire spécialisé. Le prélèvement doit être effectué le matin entre 8 et 11 h. Si le dosage est inférieur à la normale, il est recommandé de le contrôler à nouveau par une deuxième détermination associée à un dosage de la LH (grade A), deux à quatre semaines après, étant donné la variabilité de la testostéronémie. Le dosage de la prolactine est justifié en cas de taux très bas de testostéronémie et d'orientation clinique, même si la découverte d'un adénome hypophysaire reste assez exceptionnelle (grade A) :

- *l'Anaes n'a pas retenu un dépistage de masse du cancer de la prostate, mais a préconisé, de même que l'Association française d'urologie (AFU), dans le cadre d'un dépistage individuel, un dosage du PSA total de façon systématique chez tous les hommes à partir de 50 ans et à partir de 45 ans en cas d'antécédents familiaux ; a fortiori si l'on envisage une androgénothérapie, qui est formellement contre-indiquée en cas de cancer de la prostate. De nouvelles recommandations sur le dépistage sont en cours de rédaction par l'HAS en collaboration avec l'AFU, l'INCA et la délégation générale de la Santé. Cette ré-évaluation est motivée par les résultats des études randomisées ERSPC et PCLOT ;*
- le dosage de la TSH n'est pas recommandé en première intention, sauf point d'appel clinique, de même que le dosage de la DHEA, ou de la testostéronémie libre.

Autres explorations complémentaires : pour le médecin généraliste, aucune autre exploration n'est recommandée en première intention dans la prise en charge initiale d'un patient présentant une DE (Accord professionnel fort).

*Ce bilan est nécessaire et suffisant. Le caractère multifactoriel de la DE rend le diagnostic étiologique précis difficile. Ce bilan a toutefois permis de lister les différentes co-morbidités (dont certaines peuvent s'avérer réversibles) et éventuellement d'en découvrir à l'état latent.*

### Prise en charge initiale de la dysfonction érectile en médecine générale

Le médecin doit évaluer la demande réelle du patient et si possible de son couple, ainsi que sa motivation à un éventuel traitement. Il convient de l'interroger sur les raisons qui l'ont poussé à consulter (par exemple une rencontre récente, une demande de la partenaire). La demande du patient peut aller de la simple quête d'un renseignement à celle d'une prise en charge complète, en passant par une réassurance. L'élimination d'une pathologie par le bilan effectué peut lui suffire, si la requête du patient n'était qu'une simple demande de bilan et s'il est rassuré par la normalité de celui-ci.

Le choix d'une thérapeutique doit être expliqué, la décision partagée avec le patient et éventuellement sa partenaire (Accord professionnel fort).

Cette prise en charge se décline en plusieurs étapes.

## Une information sexuelle

*Une information sexuelle expliquera la physiologie de l'érection, le mécanisme des pannes et celui de l'anxiété de performance ainsi que la prévalence de la DE et l'évolution de la sexualité avec l'âge et apportera, si nécessaire, des informations adaptées sur la sexualité féminine, ses spécificités (physiologie, ménopause, grossesses), ses troubles (sécheresse vaginale, infections urinaires...). Le but est de rassurer et de dédramatiser, de façon adaptée à l'âge et à la demande, en prenant en compte si possible la partenaire (Accord professionnel fort).*

## Des conseils d'hygiène de vie

*Des conseils d'hygiène de vie seront prodigués : régime alimentaire, rythme de vie, sevrage du tabac et d'éventuelles autres substances addictives, lutte contre la sédentarité (Grade B).*

## Un changement éventuel des traitements en cours

De très nombreux traitements sont susceptibles d'avoir un effet délétère sur l'érection, mais également sur la libido.

La première recommandation, avant d'envisager un changement de traitement, est de vérifier le rapport chronologique, notion essentielle, entre la mise en route du traitement et le début des troubles sexuels :

- si les troubles sexuels sont apparus après l'initiation d'un traitement anti-hypertenseur (*consensus de Princeton II*) :
  - chez le coronarien avéré ou potentiel, comme le diabétique, la décision de changement du traitement n'est envisageable qu'après une évaluation cardiovasculaire par un cardiologue,
  - sinon, chez l'hypertendu jeune sans facteur de risque :
    - le bêtabloquant peut être arrêté avec les précautions habituelles pour une autre molécule (antagonistes calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 1 et 2) sans avis cardiologique préalable,
    - l'arrêt des diurétiques et son remplacement par un anti-hypertenseur d'une autre classe pose moins de problème que celui des bêtabloquants et l'avis cardiologique n'est pas indispensable en cas d'hypertension non compliquée ;
  - si la restauration de la fonction érectile est obtenue après l'arrêt du traitement incriminé, cela laisse présumer de sa responsabilité ;
- une difficulté particulière est représentée par la prise d'antidépresseurs : l'intrication possible avec des problèmes sexuels induits par le syndrome dépressif rend leur responsabilité difficile à évaluer :
  - une évaluation des troubles sexuels AVANT traitement est recommandée,
  - une information sur la possibilité de troubles sexuels et leur réversibilité ainsi qu'un suivi du patient sont également recommandés pour éviter l'arrêt spontané

de ce traitement par le patient en cas d'apparition ou de majoration de troubles érectiles,

- si le patient est suivi par un psychiatre, le médecin doit prendre contact avec celui-ci avant tout changement de traitement,
- *si le patient est traité par son médecin généraliste pour une dépression et que celle-ci est bien stabilisée (la DE semble liée au traitement et non pas le témoin d'une absence d'amélioration de la dépression), un changement de traitement pour une molécule antidépressive moins délétère sur la sexualité (moclobémide, agomélatine, duloxétine, milnacipran, mirtazapine, amineptine ou tianeptine) est alors possible. Pour ne pas prendre le risque de déstabiliser la dépression en changeant de molécule, il peut être utile aussi d'ajouter au traitement initial un iPDE5 ;*
- en ce qui concerne les anti-psychotiques, aucun traitement ne doit être changé ou arrêté sans l'avis du co-thérapeute psychiatre. Se coordonner avec le psychiatre, avec qui le patient ne parle pas toujours de sa sexualité, sera utile afin :
  - d'avertir le psychiatre du risque d'interruption du traitement par le patient,
  - *de discuter du bénéfice éventuel d'une molécule moins délétère (clozapine, olanzapine, quetiapine, sertindole, amipripazole) sur sa sexualité ou de l'intérêt d'introduire un inhibiteur de la PDE<sub>5</sub> dans le cas d'une psychose contrôlée et d'une relation de couple stable,*
  - il est également recommandé de doser la prolactinémie, à cause de l'effet hyperprolactinémiant des neuroleptiques, pouvant entraîner une DE, en vue d'un éventuel traitement correcteur (grade C).

*En ce qui concerne les antiépileptiques, certains semblent moins délétères que d'autres (oxcarbazépine), en cas de DE, il est recommandé de référer le patient chez son neurologue en vue d'un éventuel changement de molécule.*

*En pratique, la réalité de la responsabilité des médicaments, quelle que soit leur classe thérapeutique, est difficile à évaluer, et de plus la connaissance par le patient des effets secondaires des traitements augmente leur fréquence d'apparition (effet nocebo). Lorsqu'un patient est ainsi persuadé de la responsabilité d'un traitement, il sera possible de proposer un changement pour une autre molécule d'efficacité équivalente.*

## Traitement médicamenteux d'aide à l'érection

Il est recommandé au médecin généraliste de faire participer de façon active le patient et son couple au choix du traitement, en discutant des bénéfices, des risques et du coût selon leurs besoins (Accord professionnel fort).

### Les traitements oraux

*La yohimbine, le Yocoral (DCI yohimbine).* La yohimbine, non remboursée par la sécurité sociale, antagoniste sélectif des récepteurs alpha 2 adrénergiques, avec une action à la fois centrale et périphérique, n'a pas fait la preuve

de son efficacité par manque d'études de haut niveau de preuve, en dehors d'une DE légère d'origine psychologique prédominante.

Il n'est donc pas recommandé de proposer au patient ce traitement en dehors d'un choix éclairé de celui-ci (par exemple, à cause du coût des inhibiteurs de la PDE<sub>5</sub> ou d'une peur irraisonnée de ces molécules) d'autant que les effets secondaires, tels que : anxiété, troubles gastro-intestinaux, vertiges, tachycardie, céphalées, rash cutanés, insomnie ou agitation peuvent survenir dans 3 à 30 % des cas (grade A). *Les inhibiteurs de la PDE<sub>5</sub>*. Les inhibiteurs de la PDE<sub>5</sub> facilitent, lors d'une stimulation sexuelle, la myorelaxation intracaverneuse et donc l'afflux sanguin vers le tissu érectile à l'origine de l'érection, dont le principal médiateur est le monoxyde d'azote.

**Trois molécules, non remboursées par la sécurité sociale, sont à ce jour disponibles, le sildénafil (Viagra®) commercialisé en 1998, disponible en 25, 50 et 100 mg, le tadalafil (Cialis®), disponible en 2,5 et 5 mg pour la prise quotidienne et 10 et 20 mg pour la prise à la demande et le vardénafil (Lévitra®), disponible en 5, 10 et 20 mg. Le sildénafil et le vardénafil doivent être prescrits à la demande. Le tadalafil peut être prescrit à la demande (10 et 20 mg) et aussi en prise quotidienne pour les dosages 2,5 et 5 mg, pour les patients répondeurs à la demande et utilisant le produit au moins deux fois par semaine (RCP).**

Quels que soient le mode d'administration et la molécule, des taux d'efficacité entre 65 et 85 % sont généralement retenus sur l'ensemble des études, dans une population standard de patients ayant une DE.

Les effets secondaires de ces molécules principaux sont d'intensité minimales à modérées, essentiellement bouffées vasomotrices, céphalées, sensations vertigineuses, altération vision des couleurs, dyspepsie, palpitations, congestion nasale, douleurs dorsales.

Le respect strict de leurs contre-indications, dont la principale est la prise de dérivés nitrés ou de donneurs de NO et de leurs précautions d'emploi, en particulier les interactions médicamenteuses, est indispensable avant l'instauration du traitement (se référer aux RCP).

Le comité recommande, avant d'instaurer un traitement d'aide à l'érection, de suivre le consensus de Princeton (Accord professionnel fort) :

- chez tous les patients, ayant ou non une pathologie cardiovasculaire connue, avant instauration d'un traitement d'aide à l'érection quel qu'il soit, il est recommandé de vérifier l'aptitude à l'exercice physique que représente le rapport sexuel : le patient doit être capable de faire facilement :
  - soit la montée de deux étages (un étage pour une partenaire habituelle !),
  - soit 20 minutes de marche par jour.

Si le patient était jugé « inapte » à l'activité sexuelle, et après contrôle cardiovasculaire, un programme d'exercices graduels peut être proposé, qui permettra une réévaluation ultérieure en vue d'un traitement.

- s'il n'y a pas de maladie coronarienne connue :

- chez un patient actif et asymptomatique à l'occasion d'efforts réguliers, avec peu ou pas de facteurs de risque cardiovasculaire ( $\leq 3$ ), les inhibiteurs de la PDE<sub>5</sub> sont autorisés sans exploration cardiologique préalable,
- chez un patient sédentaire et/ou présentant plus de trois facteurs de risque : les inhibiteurs de la PDE<sub>5</sub> ne doivent pas être prescrits sans un avis cardiologique : c'est le cardiologue qui jugera de la nécessité d'un test d'effort ;
- chez un patient coronarien connu, un avis cardiologique est nécessaire avant d'initier le traitement. En cas de prise de dérivés nitrés, le cardiologue réévaluera l'ordonnance et jugera de la possibilité de supprimer les nitrés.

Le groupe de travail recommande l'utilisation en première prescription des iPDE5 qui représentent actuellement le traitement oral de référence en première intention dans la DE (Grade A) :

- il n'existe pas d'étude comparative publiée montrant une différence d'efficacité de l'un ou de l'autre des iPDE5. Les études de préférence rapportées souffrent d'une méthodologie insuffisante ;
- **le médecin généraliste doit connaître les propriétés de chaque traitement, afin de choisir avec son patient et sa partenaire la molécule la plus adaptée à leurs attentes et aux traitements en cours. Hormis cas particuliers, les différences intrinsèques entre les trois molécules ne permettront pas au médecin généraliste de préconiser un iPDE5 plutôt qu'un autre. Le critère de choix à retenir sera la préférence du patient et/ou de son couple, après information sur les trois iPDE5, notamment sur leur délai, leur durée d'action, ainsi que le mode de prise, en tenant compte des autres pathologies et vulnérabilités, des habitudes du couple et de son rythme d'activité sexuelle ;**
- **il est recommandé au médecin d'expliquer au patient les modalités de prise : il s'agit d'un traitement facilitateur de l'érection, à la demande, ou en prise quotidienne pour le tadalafil, une fois par jour au même moment de la journée, nécessitant une stimulation sexuelle, dont l'effet peut être visible dès la première prise mais dont les résultats peuvent encore s'améliorer au fil du traitement ; ce qui nécessite un minimum de quatre à six essais ;**
- le comité recommande d'expliquer au patient et à sa partenaire qu'ils doivent éviter de se sentir obligés d'avoir un rapport sexuel parce que le patient aura pris auparavant un comprimé et qu'ils ont, quel que soit le traitement pris, une plage d'efficacité d'au moins quatre à cinq heures, « sans précipitation », pour une relation sexuelle...

Cet encadrement de prescription est indispensable, puisque l'on sait qu'une cause fréquente d'échec du traitement oral est l'absence d'explications (prescription « sèche »).

- Pour un traitement à la demande, en dehors des cas particuliers où il faut prescrire le dosage le plus faible (prise concomitante d'un traitement agissant sur le cytochrome P-450 : kétoconazole, érythromycine, cimétidine... , insuffisance hépatique ou rénale sévère), il est recommandé de commencer par le dosage préconisé par les RCP de chacune des molécules :
  - Viagra® : 50 mg,
  - Cialis® : 10 mg,
  - Levitra® : 10 mg.

Le délai pour parvenir à la concentration plasmatique maximale (T<sub>max</sub>) est d'environ une heure pour le Viagra® et le Levitra® qui ont une demi-vie d'élimination de quatre à cinq heures. La durée d'action du Viagra® est de quatre à cinq heures. Celle du Levitra® n'est pas précisée. Le T<sub>max</sub> du Cialis® est d'environ deux heures, sa demi-vie d'élimination est de 17,5 heures et sa durée d'action est de 36 heures.

**Pour le tadalafil en prise quotidienne, les concentrations plasmatiques à l'état d'équilibre sont atteintes dans les cinq jours qui suivent une prise unitaire quotidienne.**

#### Les traitements locaux

Sauf exception, ils ne font pas partie de la prise en charge de première intention.

**Les injections intracaverneuses (IIC) de PGE1.** La PGE1 est un agent inducteur de l'érection, par l'intermédiaire de récepteurs intracaverneux, dont la stimulation provoque une relaxation du muscle lisse par augmentation de la concentration de l'AMPc.

**Trois formes injectables d'alprostadil (PGE1), 10 et 20 mg, sont actuellement disponibles en France : Edex®, Caverject® et Caverject dual®.**

Les IIC de PGE1 permettent une érection dans 55 à 93 % des cas, selon l'étiologie.

Les indications des IIC sont :

- contre-indication ou intolérance au traitement oral ;
- échec du traitement oral ;
- chirurgie carcinologique prostatique (prostatectomie radicale sans préservation des bandelettes vasculonerveuses) ou vésicale (cystoprostatectomie totale) ;
- préférence du patient (problèmes du non remboursement des traitements oraux, efficacité supérieure à celle des traitements oraux).

Les IIC de PGE1 sont remboursées dans certaines indications (avec un formulaire de médicaments d'exception) :

- neuropathie diabétique avérée ;
- para- ou tétraplégie ;
- séquelles de la chirurgie (prostatectomie radicale, cystectomie totale et exérèse coloproctale) ou de la radiothérapie abdominopelvienne ;
- sclérose en plaques ;
- séquelles de priapisme ;
- séquelles de la chirurgie vasculaire (anévrisme de l'aorte) ;
- traumatismes du bassin compliqués de troubles urinaires.

Les principaux effets secondaires sont :

- des douleurs, pouvant intéresser jusqu'à 29 % des patients, essentiellement au début du traitement, et qui s'amendent en général progressivement au fil des injections ;
- un hématome au point de ponction, sans caractère de gravité ;
- les érections pharmacologiquement prolongées, voire un priapisme, rapportés dans 1 à 2 % des cas ;
- une fibrose localisée des corps caverneux (0,8 à 23,3 % des cas).

Le respect strict des contre-indications est nécessaire avant instauration de ce traitement. En raison du passage de l'alprostadil dans le sperme et le liquide séminal, le traitement devra être évité chez un patient dont la partenaire est enceinte ou susceptible de l'être. Les IIC ne sont pas contre-indiquées dans les pathologies cardiovasculaires, ni en cas de traitement anticoagulant.

Recommandations générales (Accord professionnel fort) :

- si le médecin généraliste est parfaitement formé au traitement local par IIC et en connaît les modalités de surveillance et les effets secondaires possibles, il pourra prendre lui-même en charge ce traitement ;
- une ou plusieurs injections tests au cabinet sont indispensables, elles permettent la confirmation de l'efficacité de l'alprostadil, l'apprentissage des auto-injections aux patients et la détermination de la dose utile pour une érection permettant un rapport satisfaisant ;
- **une information du patient est indispensable. Elle doit porter sur les risques d'érection pharmacologique prolongée (de plus de quatre heures), sur les mesures à prendre pour y remédier et sur les risques d'apparition de nodules, de fibrose, de déviation de la verge. Dans ces derniers cas, le patient devra consulter avant la date prévue de la consultation de suivi. Il faut préciser au patient qu'il ne devra pas augmenter de son propre chef la posologie. Le patient devra être informé de la nécessité d'utiliser des containers destinés aux déchets médicaux (DASRI) (disponibles en pharmacie à demander en pharmacie) pour se débarrasser des seringues ;**
- une surveillance régulière est nécessaire.

**La PGE1 intra-urétrale (MUSE®).** C'est le même mécanisme d'action que les IIC. La voie intra-urétrale évite l'injection.

Ce traitement est disponible en France (MUSE®), en 250, 500, et 1000 µg. Il n'est pas remboursé, quelle que soit la pathologie à l'origine de la DE.

La diffusion de la PGE1 par cette voie entraîne une efficacité moindre que par IIC (environ 50 %).

Les effets secondaires sont essentiellement l'apparition de douleurs, dans 5 à 32,7 % des cas et une baisse très modérée de la TA systolique et diastolique dans 0 à 3,6 % des cas et vertiges dans 1 à 5,5 % des cas.

Il est recommandé au médecin traitant de connaître ce mode d'administration pour pouvoir le proposer aux patients ne souhaitant pas ou ne pouvant pas se faire des IIC, patients prévenus des désagréments locaux possibles, notamment



chez la partenaire (rare irritation vaginale). Un préservatif est nécessaire chez les femmes susceptibles d'être enceintes. Un test médicalisé est nécessaire avant prescription (risque d'hypotension par passage sanguin de la PGE1, apprentissage de la technique et détermination de la dose à prescrire).

### Vacuum

Il s'agit d'un système mécanique permettant une érection passive du fait de la dépression induite par une pompe à vide reliée à un cylindre dans lequel est placée la verge. Le remplissage sanguin obtenu est maintenu en place grâce à un anneau élastique compressif placé à la base du pénis.

Il n'y a aucun remboursement de l'appareil.

Son efficacité est de 40 à 80 % dans la littérature en fonction de l'expérience du thérapeute.

Ses effets secondaires sont des douleurs dans 10 à 20 % des cas, une sensation de froideur du pénis (partenaire), un blocage de l'éjaculation dans 20 à 40 % et des pétéchies et des ecchymoses mineures jusqu'à 30 % des cas. Les anticoagulants sont pour certains une contre-indication relative.

Cette proposition thérapeutique est un traitement local de même niveau que les IIC. Son existence doit être connue du médecin mais ne fait pas partie de la prise en charge de première intention. Un apprentissage de son maniement comme pour les IIC est nécessaire. L'acceptabilité de ce système par le patient et son couple est souvent faible, ce qui limite son utilisation.

***Le vacuum est depuis quelques années proposé pour améliorer la récupération d'érections naturelles et éviter le raccourcissement du pénis après traitement du cancer localisé de la prostate dans le premier mois.***

### Les traitements chirurgicaux

La chirurgie « veineuse » est abandonnée.

La chirurgie artérielle n'est proposée que dans des indications exceptionnelles (traumatisme chez le sujet jeune essentiellement).

Les implants péniers.

***Il s'agit de la mise en place chirurgicale de deux implants, un dans chaque corps caverneux, entraînant une érection mécanique. Il existe différents types d'implants: semi-rigides, gonflables en deux ou trois parties.***

***Les implants péniers sont indiqués en cas d'échec des autres thérapeutiques ou si le patient ne souhaite pas poursuivre les IIC ou l'utilisation d'un vacuum. Ils se substituent de façon définitive au tissu érectile: il s'agit donc d'un traitement de troisième « ligne ».***

Efficacité: chez les patients présentant une prothèse fonctionnelle, chez des couples sélectionnés, et parfaitement informés, le taux de satisfaction est très élevé allant de 79 à 98 %.

Complications: les risques principaux des implants péniers sont:

- l'infection prothétique qui survient dans 1 à 5 % des cas et nécessite l'ablation du matériel prothétique;
- les problèmes mécaniques avec la prothèse ou les tubulures; ceux-ci augmentent avec le temps (5 % après un

an, 20 % à cinq ans et 50 % à dix ans) et nécessitent une ré-intervention pour remplacement.

Le médecin généraliste doit connaître leur existence pour savoir, le cas échéant, orienter son patient vers l'urologue spécialisé dans cette chirurgie.

### Les traitements hormonaux

**DHEA.** Le mécanisme d'action potentiel de cette hormone surrénalienne et de son sulfate sur l'axe androgénique n'est pas clairement établi, de même qu'une éventuelle action sur l'érection. Il n'y a pas d'AMM. À ce jour, il n'y a pas d'étude de haut niveau de preuve ayant montré une efficacité de la DHEA sur la fonction érectile.

L'utilisation de la DHEA n'est donc pas recommandée dans le traitement de première intention de la DE (grade C).

**L'androgénothérapie (Pantestone®, Androtardyl®, Nebido®, Testopatch®, Androgel®, Fortigel®).** Le médecin généraliste doit savoir que l'association déficit androgénique de l'homme âgé et DE n'est pas clairement définie: ainsi, le pourcentage de patients ayant un déficit androgénique lorsqu'ils consultent pour une DE varie dans la littérature de 1 à 35 %.

Une hormonothérapie substitutive par les androgènes ne doit être entreprise qu'en cas d'indication claire, c'est-à-dire devant des signes cliniques évocateurs de déficit androgénique confirmés biologiquement par deux dosages de testostéronémie inférieurs à la normale (grade A).

La prescription initiale de testostérone est aujourd'hui réservée aux endocrinologues, urologues et gynécologues pour toutes les formes et tous les produits.

Le respect strict des contre-indications est indispensable, avant instauration d'une androgénothérapie substitutive. L'étude des antécédents, un examen clinique avec palpation des seins et toucher rectal ainsi qu'un dosage des PSA, une numération formule sanguine (hématocrite) et un bilan lipidique sont recommandés (grade A).

Il n'y a pas de limite d'âge maximale au traitement par androgènes (grade C).

Il s'agit d'un traitement au long cours, nécessitant une surveillance clinique et biologique régulière. Cette surveillance est une responsabilité partagée: le médecin doit insister auprès du patient sur la nécessité de bilans périodiques de ce traitement, instauré a priori à vie.

### Association inhibiteurs de la PDE<sub>5</sub> et androgènes

Chez des patients en déficit androgénique, la supplémentation hormonale peut améliorer la réponse au traitement spécifique de la DE.

Chez les patients non répondeurs aux iPDE5, il est recommandé de s'assurer de l'absence d'un déficit androgénique.

### Populations particulières

#### Les diabétiques

La DE chez le diabétique est très souvent multifactorielle: dysfonction endothéliale, neuropathie, mais aussi importance du retentissement psychologique d'une maladie

chronique touchant le sujet jeune dans le diabète de type 1.

Malgré ces particularités, le bilan initial reste le même. L'interrogatoire doit permettre d'identifier d'éventuelles complications neurologiques : il convient une fois par an de rechercher les autres symptômes évocateurs d'une neuropathie autonome à expression clinique : hypotension orthostatique, dysfonction vésicale...

Le bilan biologique doit comporter, outre le bilan décrit dans le cas général, un dosage de l'HbA1c, une testostéronémie (biodisponible) systématique.

Le contrôle de la glycémie est fondamental parallèlement à l'instauration du traitement de la DE chez le diabétique.

**Une recherche de microalbuminurie est recommandée une fois par an car selon les recommandations de l'Anaes de 2005 « la microalbuminurie est un marqueur de risque cardiovasculaire indépendant ».**

**Le traitement oral par inhibiteur de la PDE<sub>5</sub> peut être proposé mais, étant donné la fréquence des facteurs de risque cardiovasculaires associés au diabète, un avis cardiologique est recommandé avant prescription d'un inhibiteur de la PDE<sub>5</sub> en cas de facteurs de risque cardiovasculaire associés (consensus de Princeton II). Aucun traitement à visée cardiovasculaire ne doit être arrêté sans avis cardiologique.**

L'efficacité des iPDE5 est plus faible chez le diabétique que dans la population générale (52 à 72 %) : le médecin devra savoir proposer les traitements locaux (IIC, vacuum) en cas d'échec de ces molécules.

Les particularités du diabétique : si l'activité sexuelle est intense sur le plan physique, il peut être utile de proposer une collation avant l'effort sexuel ou de réduire les doses d'insuline pour éviter tout risque d'hypoglycémie. Les diabétiques de type 1, traités par pompe à insuline, peuvent débrancher transitoirement leur pompe pour une période n'excédant pas deux heures.

Les contre-indications et les modalités thérapeutiques de l'androgénothérapie sont les mêmes que chez le non-diabétique ; en outre, l'action androgénique améliore l'équilibre métabolique du diabétique.

## Les patients présentant des troubles psychiques

Des facteurs prédisposants doivent être recherchés, comme des traumatismes sexuels dans l'enfance, des premières expériences sexuelles vécues négativement, un complexe physique (en particulier peur d'avoir une taille de pénis insuffisante). En dehors de ceux-ci, il existe fréquemment des facteurs psychologiques déclenchant de la DE : la DE peut être associée à des troubles de l'humeur, principalement la dépression et à des troubles anxieux.

Toutes les études disponibles sont avec un suivi à court terme.

Quel que soit le trouble psychique présenté par le patient, la DE peut être due non seulement au trouble en lui-même (et à son traitement), mais également à l'incidence de ce trouble sur le couple, sur l'image de soi ; la maladie mentale pouvant induire un véritable « handicap » social.

## Dysfonction érectile et anxiété

Il existe souvent un haut niveau d'anxiété chez les patients ayant une dysfonction sexuelle avec une angoisse de performance au premier plan aboutissant au maximum à l'évitement. L'anxiété joue un rôle dans la perception et le maintien des troubles sexuels ; mais également dans l'efficacité des traitements de la DE.

### Recommandations

Il est recommandé d'essayer de faire la différence entre une personnalité anxieuse (anxiété de fond : tempérament anxieux préexistant) et une anxiété situationnelle (anxiété de performance sexuelle), afin d'adapter au mieux le traitement :

- en cas d'anxiété de fond, un traitement psychotrope le moins délétère possible sur la fonction sexuelle pourra être envisagé et/ou un traitement psychothérapique ainsi qu'un traitement spécifique de la DE ;
- en cas d'anxiété de performance il faudra expliquer, rassurer et proposer une prise en charge spécifique de la DE.

## Dysfonction érectile et dépression

Syndrome dépressif et DE sont souvent associés. Le risque de DE augmente avec l'ancienneté de la dépression et sa répétitivité.

### Recommandations

Si la dépression est connue.

La dépression étant connue, le patient est le plus souvent traité : il faut faire la part entre une DE symptôme de la dépression, une DE cause de la dépression et une DE induite par le traitement, en s'appuyant sur la chronologie :

- la DE est préexistante : c'est la dépression qui est en cause plus que le traitement : il faut réévaluer le traitement antidépresseur pour le renforcer ou réadapter la prise en charge psychothérapique avec l'aide du psychiatre et y associer la prise en charge de la DE quand la dépression est stabilisée (inhibiteurs de la PDE<sub>5</sub>...);
- la DE suit l'administration du traitement anti-dépresseur : celui-ci peut être en cause :
  - si le patient est suivi par un psychiatre, il est recommandé de prendre son avis,
  - **si le patient n'est pas suivi par un psychiatre, il est recommandé soit d'utiliser la dose minimale antidépressive utile, soit d'associer d'emblée un iPDE5, soit de modifier le traitement antidépresseur pour une molécule moins délétère sur la sexualité. Des molécules comme le moclobémide, le milnacipran, la mirtazapine, l'amineptine ou la tianeptine, l'escitalopram, l'agomélatine, sous réserve de respecter les précautions éventuelles de relais, peuvent être utilisées. Sans amélioration de la DE malgré ce changement, un iPDE5 pourra être proposé si la dépression est stabilisée,**
  - en cas de doute sur la conduite à tenir, il est recommandé de prendre l'avis d'un collègue psychiatre.

Si le médecin généraliste fait le diagnostic de dépression : il est recommandé d'évaluer la chronologie par rapport à la DE ainsi que l'intensité du syndrome dépressif : léger, moyen, sévère :

- syndrome dépressif apparu avant la DE et d'intensité sévère ou moyenne : le prendre en charge en premier : traitement de la dépression uniquement ;
- syndrome dépressif apparu avant la DE et d'intensité légère : le traiter et éventuellement, selon la demande du patient, y associer un traitement de la DE. En cas d'événements stressants inducteurs dans les trois mois précédant, on peut proposer une thérapie en vue de la résolution de ces problèmes pour éviter qu'ils pérennisent la DE ;
- troubles érectiles survenus avant le syndrome dépressif : le retentissement de la perte de la capacité érectile peut être un facteur de déclenchement d'un syndrome dépressif sur une personnalité vulnérable : traitement de la DE avec éventuellement une prise en charge psychosexologique ;
- en cas de dysthymie chronique (état dépressif chronique) repérée par son ancienneté, ou de troubles somatoformes (plaintes somatiques multiples anciennes, débutant dès l'âge de 30 ans aboutissant à de nombreuses demandes de traitements et associant fréquemment troubles sexuels, idées négatives et douleurs multiples), la prise en charge isolée de la DE a souvent un bénéfice aléatoire. Une thérapie psychologique d'accompagnement est nécessaire.

### Dysfonction érectile et paraphilies

*Si le médecin suspecte une paraphilie (anciennement troubles « pervers »), il doit essayer de convaincre le patient de la nécessité de consulter un collègue psychiatre. Il convient de prendre des précautions et on ne prescrira pas d'iPDE5 sans un avis psychiatrique.*

### Dysfonction érectile et troubles de la personnalité

Le diagnostic de trouble de la personnalité est difficile à poser. Il en existe de nombreux types.

C'est dans les troubles de la personnalité de type anxieux qu'on retrouve le plus fréquemment une DE.

La demande de restauration d'une DE dans le cadre d'un trouble de la personnalité doit être décryptée car le médicament sexo-actif risque de ne pas résoudre à lui seul le problème.

Il est donc recommandé au médecin qui suspecte chez son patient un trouble de la personnalité, quel qu'il soit, de prendre l'avis d'un confrère psychiatre.

### Dysfonction érectile et troubles psychotiques

S'il s'agit d'une psychose chronique stabilisée, dans un couple stable (exemple : schizophrénie), la prescription d'un inhibiteur de la PDE<sub>5</sub> est possible. Il ne faudra pas hésiter à prendre l'avis du collègue psychiatre, en cas de doute sur le contrôle des troubles psychotiques ; seul celui-ci pourra éventuellement envisager un changement du

traitement antipsychotique, pour une molécule jugée moins délétère sur l'érection.

### Dysfonction érectile et problèmes relationnels de couple

En dehors des troubles de la personnalité évoqués ci-dessus, de l'anxiété et de la dépression, la dysfonction sexuelle traduit souvent un problème relationnel dans le couple, à l'origine d'un défaut de communication. Mais elle peut aussi le générer. En l'absence de prise en compte de cet élément, les traitements, notamment oraux, de la DE sont souvent voués à l'échec.

Le médecin doit donc évaluer en interrogeant son patient, la qualité de la relation au sein de son couple. Il est recommandé au médecin de ne pas hésiter à revoir le patient, avec sa partenaire, pour une évaluation plus complète de leur état relationnel.

Une thérapie de couple et/ou une sexothérapie associée est recommandée si ce problème paraît au premier plan. S'il pense qu'une prise en charge auprès d'un thérapeute de couple ou d'un sexothérapeute est nécessaire, le médecin généraliste doit donc confier son patient à l'un ou l'autre de ces deux spécialistes. Le sexe du thérapeute à qui il confie son patient ne semble pas interférer sur la prise en charge, mais il convient de demander ses préférences au patient.

D'une façon générale (Accord professionnel fort) :

- la prescription isolée d'un inhibiteur de la PDE<sub>5</sub> sans prise en charge d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux, d'un trouble de la personnalité, d'un manque de confiance en soi important ou d'un problème relationnel de couple risque d'être un échec, avec comme corollaire un taux d'arrêt important du traitement ;
- l'importance des facteurs psychologiques associés, quels que soient les facteurs organiques étiologiques de la DE, fait recommander par beaucoup d'auteurs la combinaison du traitement de la DE à une prise en charge en psychosexologie, que ce soit avec le traitement oral de la DE, les IIC ou le vacuum ;
- dans les cas de couples « positifs », sans barrières importantes au traitement, avec des attentes sexuelles synchrones et une sexualité antérieure satisfaisante, la prise en charge sexologique associée n'est pas nécessaire.

### Autres populations

Dans les populations très particulières comme les blessés médullaires ou les patients ayant subi une prostatectomie radicale, le médecin généraliste sera le plus souvent le co-thérapeute dans le suivi des traitements instaurés soit dans le centre de réadaptation fonctionnelle, soit par le chirurgien.

### Réalisation de cette prise en charge (algorithme)

*Il est recommandé au médecin généraliste de faire participer de façon active le patient et son couple au choix du traitement, en discutant les bénéfices, les risques,*

le coût, en fonction des attentes, des préférences du patient et de sa partenaire. Il est également recommandé au médecin généraliste de sensibiliser le patient aux dangers de la contre-façon médicamenteuse dans le domaine des iPDE5 et de le dissuader d'acheter les médicaments sur Internet, la pharmacie étant pour l'instant le seul lieu sécurisé (Accord professionnel fort).

Pour une évaluation complète, souvent difficile à réaliser en une seule consultation, il est recommandé au médecin de ne pas hésiter à prolonger l'entretien au cours d'une deuxième consultation. **Il faudra, si nécessaire et avec l'accord du patient, intégrer la partenaire au diagnostic et au traitement. Inclure la partenaire dans les consultations permet de voir des attitudes discordantes et des problèmes de communication nous indiquant l'acceptation ou le rejet du traitement par l'un des membres du couple. Pour inclure la partenaire on peut encourager le patient à venir avec elle ou de manière plus réaliste de fournir des explications détaillées pour la partenaire.**

À la fin de cette évaluation médicale, sexuelle et psychosociale, le médecin généraliste, sans formation sexologique spécifique, peut prescrire lui-même à son patient un médicament d'aide à l'érection s'il s'agit d'une DE sans facteurs de complexité : c'est-à-dire secondaire, isolée (sans autre trouble sexuel au premier plan), dont l'ancienneté ne paraît pas un facteur de complexité, avec une capacité érectile résiduelle, au sein d'un couple motivé (sans conjugopathie ou problème relationnel au premier plan).

**Le traitement oral, par iPDE5 en dehors de ses contre-indications, sera proposé en première intention, en prise à la demande. Par ailleurs, le médecin devrait informer le patient des différentes alternatives thérapeutiques existantes notamment la possibilité d'une prise quotidienne et la possibilité de réadapter le traitement au cours d'une deuxième consultation, selon le choix et la satisfaction du couple.**

**Un suivi est indispensable : le médecin devra systématiquement proposer à son patient une consultation de suivi au bout d'un à deux mois pour évaluer sa réponse au traitement et s'assurer de la bonne compréhension de l'utilisation du traitement, de son efficacité, de l'absence d'effets secondaires, et de sa satisfaction et de celle de sa partenaire.**

**En cas d'insatisfaction ou d'échec d'un traitement oral, il est recommandé :**

- **d'expliquer à nouveau les modalités de la prescription, l'utilité de la répétition des essais (quatre à six essais sont nécessaires avant de conclure à l'inefficacité du traitement au dosage initial) ;**
- **d'envisager des adaptations thérapeutiques :**
  - **augmenter le dosage, si les essais répétés ont été inefficaces, jusqu'au dosage maximum disponible,**
  - **proposer une prise médicamenteuse quotidienne en continu (tadalafil 5mg prise quotidienne), si le patient ou sa partenaire ne sont pas satisfaits par la prise à la demande ;**
- **de proposer d'essayer les autres iPDE5 ;**
- **de réévaluer son patient au cas où un élément important n'ait pas été bien pris en compte, notamment :**

- **l'histoire de la DE et le fonctionnement sexuel du couple, le contexte psychologique et l'existence d'une éventuelle conjugopathie,**
- **les interactions médicamenteuses possibles,**
- **le statut endocrinien et l'intérêt d'une androgénothérapie associée aux iPDE5 en cas de déficit androgénique,**
- **l'existence d'une anomalie organique, méconnue ou apparue depuis la première consultation ;**

En cas de persistance de la situation d'échec, il est recommandé au médecin généraliste de proposer à son patient l'avis du spécialiste adapté, en vue d'une éventuelle co-prise en charge (qui sera identique à celle de la problématique complexe exposée ci-dessous en 2). Afin de faire accepter au mieux cette prise en charge partagée, il sera très utile que le médecin généraliste évoque avec son patient la possibilité d'utilisation d'une autre thérapeutique d'aide mécanique à l'érection (IIC, vacuum), d'une prise en charge de nature psychosexologique ou d'une androgénothérapie substitutive. Si le médecin est parfaitement formé aux IIC, il pourra les instaurer lui-même.

Si le médecin généraliste identifie une problématique plus compliquée, il optera d'emblée pour une prise en charge collégiale avec le spécialiste adapté :

- **si une pathologie d'organe est suspectée :**
  - le patient sera adressé au cardiologue si un bilan cardiologique est nécessaire (cf. consensus de Princeton II). Il peut être adressé également à l'angiologue si un bilan vasculaire est indiqué,
  - le patient sera adressé à l'urologue :
    - s'il existe une pathologie génito-urinaire : une suspicion de cancer de prostate, une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique non contrôlée, une maladie de Lapeyronie,
    - après un important traumatisme pelvipérinéal quand on suspecte une étiologie vasculaire post-traumatique (il peut aussi être envoyé au chirurgien vasculaire) ;
  - le patient sera adressé à l'endocrinologue ou au diabétologue s'il souffre d'une endocrinopathie compliquée,
  - le patient sera adressé au neurologue s'il nécessite un avis neurologique spécialisé ;
- **en cas de DE complexe :**
  - le patient sera adressé au psychiatre s'il s'agit d'un trouble de la personnalité (anxiété généralisée par exemple) ou d'une suspicion de paraphilie, de même si le patient présente une dépression réfractaire. En cas de DE primaire, il pourra être orienté vers un psychiatre ou un psychosexologue,
  - le patient sera adressé au sexologue ou au psychologue s'il présente une conjugopathie, un trouble du désir, une dysharmonie sexuelle ou un problème d'éjaculation rapide au premier plan ou s'il existe d'importants troubles relationnels,
  - le patient sera adressé à l'urologue, à l'andrologue, au sexologue, à l'angiologue ou au neurorééducateur (c'est-à-dire au confrère spécialiste adapté, dans le réseau géographique du médecin généraliste) pour instauration des traitements locaux, sauf si, parfaitement



Dr Christian Avierinos, cardiologue, Marseille ; Dr Anne Batel, médecin généraliste, Gimont ; Dr Albert Barbaro, sexologue, Paris ; Dr Ellen Benhamou, épidémiologiste, Paris ; Dr Farida Benimah Gayrard, médecin généraliste ; Dr Kamel Ben Naoum, urologue, Nîmes ; Dr Jean-Pierre Blanchère, gynécologue, Caen ; Dr Patrick Blachère, sexologue psychiatre, Aix-les-Bains ; Dr Michèle Bonal, gynécologue ; Toulouse ; Dr Luc Brassart, sexologue, Tourcoing ; Dr Philippe Brenot, psychiatre, Paris ; Dr Brigitte Broussoux, endocrinologue, Paris ; Dr Catherine Cabanis, gynécologue, Toulouse ; Dr Christine Cambon, gynécologue, Toulouse ; Dr Marie-Christine Charmoy-Reyjal, endocrinologue, Périgueux ; Dr David Costa, médecin généraliste, Nîmes ; Dr Isabelle Dagousset, gynécologue, Paris ; Dr Philippe de Boisgisson, urologue, Ris Orangis ; Dr Michelle Decq, médecin généraliste, Paris ; Dr Patrick Dutilleul, médecin généraliste, Le Cailar ; Dr Valérie Estingoy-Dupont, médecin généraliste, Gimont ; Dr Jean Fariisse, psychiatre, Marseille ; Dr Michel Febvre, sexologue, Levallois Perret ; Dr Michèle Ferroul, sexologue, Villeneuve d'Ascq ; Dr Yves Ferroul, médecin généraliste sexologue, Villeneuve d'Ascq ; Dr Marielle Gau, sexologue, Montpellier ; Dr Michel Geffrault, médecin généraliste, Bordeaux ; Dr Nadine Grafeille, psychiatre, Bordeaux ; Dr François Giuliano, urologue, Paris ; Dr Elisabeth Guillebaud, sexologue, Toulouse ; Dr Michèle Guedj-Saal, gynécologue, Livry Gargan ; Dr Nelly Homasson, gynécologue, Paris ; Dr Christian Jolly, gynécologue, Caen ; Dr Michèle Lachowsky, gynécologue, Paris ; Pr Christophe Lancon, psychiatre, Marseille ; Dr Dominique Lauton, endocrinologue, Montpellier ; Pr Thierry Leuret, urologue, Paris ; Pr Hervé Lejeune, endocrinologue, Lyon ; Dr Christine Lemaire, endocrinologue, Lille ; Dr Jean-François Leys, médecin généraliste, Sainghin en Weppes ; Dr Jean-Claude Lucas, médecin généraliste, Portet sur Garonne ; Dr Martine Lugagne-Delpon, médecin généraliste, Paris ; Dr Sylvie Manche, gynécologue, Coulommiers ; Dr Christophe Marx, sexologue, Nîmes ; Pr Patrick Messner, cardiologue, Nîmes ; Mme Joëlle Mignot, psychologue sexologue, Le Raincy ; Dr Sylvain Mimoun, gynécologue andrologue, Paris ; Dr Olivier Montaigne, urologue, Lille ; Dr Michèle Naouri, gynécologue, Paris ; Dr Jean Peyranne, médecin généraliste sexologue, Toulouse ; Pr Pierre Plante, urologue, Toulouse ; Mme Martine Potentier, kinésithérapeute sexologue, Marseille ; Dr Xavier Poudat, psychiatre, Nantes ; Dr Gérard Ribes, psychiatre, Lyon ; Dr Jean-Marc Rigot, urologue, Lille ; Dr Jacques Rollet, endocrinologue,

Lyon ; Dr Michèle Saal, gynécologue, Paris ; Dr Michel Sauer, cardiologue, Toulouse ; Dr Bruno Sergent, médecin généraliste, Paris ; Dr Arnaud Sevene, sexologue, Paris ; Dr Louis Sibert, urologue, Rouen ; Dr Éric Tanneau, psychiatre, Paris ; Dr Jean-Louis Thoumieux, médecin généraliste, Vanves ; Pr Jean Tignol, psychiatre, Bordeaux ; Dr Éric Tison, cardiologue, Lille ; Pr Jacques Tostain, urologue, Saint-Étienne ; Dr Paul Touboul, cardiologue, Lyon ; Dr Véronique Treuthard, médecin généraliste, Montrouge ; Dr Laurent Wagner, urologue, Nîmes.

### Conflit d'intérêt

Le financement de ce travail a été assuré par l'industrie pharmaceutique ; tous les laboratoires concernés par le sujet ont accordé leur participation :

- Bayer Schering Pharma ;
- Lilly ;
- Pfizer ;
- Pierre-Fabre Médicament ;
- UCB Pharma.

### Remerciements

Le groupe de travail tient à remercier particulièrement les laboratoires Bayer Schering Pharma, Lilly, Pfizer et Pierre Fabre Médicament, pour leur participation active à l'obtention des articles étudiés dans ce document.

### Pour en savoir plus

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.sexol.2010.12.008](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.12.008).

### Références

- Cour F, Fabbro-Peray P, Cuzin B, Bonierbale M, Bondil P, de Crecy M, et al. Recommendations to general practice doctors for first line management of erectile dysfunction. *Prog Urol* 2005;15(6):1011–20.