

Nouvelles recommandations pour la prise en charge de la dysfonction érectile à l'usage du praticien

Drs MARIE HÉLÈNE COLSON^a, BÉATRICE CUZIN^{b,c}, ANTOINE FAIX^d, LAURE GRELLET^e et Pr ÉRIC HUYGHES^f

Rev Med Suisse 2019; 15: 583-9

Nous présentons dans cet article une synthèse de la troisième version actualisée des «Recommandations pour la prise en charge en première intention par le praticien non sexologue d'un homme souffrant de dysfonction érectile (DE)». Ce travail a appliqué la méthodologie recommandée par la Haute autorité de santé française (analyse de la littérature par un groupe de travail et relecture par un groupe d'experts). Parmi les points à souligner depuis 2010, une part importante a été faite à l'actualisation des données épidémiologiques qui mettent l'accent sur la forte corrélation entre DE et populations vulnérables, sur la question du rôle du partenaire dans le déclenchement ou le maintien de la DE, auparavant peu documenté, ainsi que sur l'évolution des traitements de la DE et de ses algorithmes de prise en charge.

Erectile dysfunction: up-date data and clinical guidelines

In this paper, we are presenting a synthetic version of the third updated version of Guidelines for the first-line management by the non-sexologist practitioner of a man with erectile dysfunction (ED). This work applied the methodology recommended by the French High Authority of Health (in-depth documentary search of medical and scientific bibliographic data and review by a group of experts). Among the points to be highlighted since 2010, an important part has been devoted to updating epidemiological data that focus on the strong correlation between ED and vulnerable populations, on the question of the role of the partner's role in triggering or maintaining erectile dysfunction, previously poorly documented, and on the evolution of ED treatments and management algorithms.

INTRODUCTION

La mise sur le marché des traitements pharmacologiques oraux a profondément modifié notre regard sur la dysfonction érectile (DE). Elle est aujourd'hui mieux connue, et la

plupart des praticiens sont sensibilisés à l'importance de son dépistage ainsi qu'aux enjeux de sa prise en charge. Le travail que nous vous présentons ici est une brève synthèse des nouvelles recommandations sur la DE publiées par l'AIUS (Association interdisciplinaire postuniversitaire de sexologie). Initialement éditées en 2005, et actualisées par la suite en 2010, ces recommandations ont été entièrement revues et remises à jour en 2017, toujours selon les termes de la méthodologie de la Haute autorité de santé française,¹ afin de mieux correspondre aux attentes actuelles des praticiens, et aux besoins accrus des patients. Ce travail a fait l'objet de plusieurs publications et nous avons choisi d'en exposer ici une synthèse reprenant les grandes lignes de la prise en charge pratique.

MÉTHODOLOGIE ET CADRE DES RECOMMANDATIONS

Une première recherche documentaire a été effectuée auprès des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis), Pascal (CNRS-INIST, France), PsycINFO (American Psychological Association), Cochrane Library, BDSP (Banque de données en santé publique, France), et auprès des sociétés savantes compétentes. Elle porte, pour la dernière actualisation, sur les années 1995 à fin 2016 (tableau 1). L'analyse de littérature a permis d'affecter à chacun des articles sélectionnés, un niveau de preuve scientifique en grades A, B, C ou AE. Les recommandations ont été écrites en utilisant la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique,² et relues par un groupe de lecture indépendant.

LA DYSFONCTION ÉRECTILE, UNE PRÉSENCE ACTIVE ET EN REDÉFINITION

Les données épidémiologiques générales récentes confirment les premiers chiffres donnés par les grandes études internationales menées dès la fin des années quatre-vingt-dix. La prévalence de la DE dans la population générale, et tous âges confondus, semble se situer entre 12,9% (11,5-14,3) en Europe du Sud et 20,6% (18,8-22,4) dans les pays anglo-saxons.³ Les premières projections, qui prévoyaient 320 millions d'hommes souffrant de DE à l'horizon très proche 2025⁴ se confirment, elles aussi, dans les travaux plus récents. Ces chiffres peuvent,

^a Hôpital Sainte-Marguerite, Service d'immuno-hématologie clinique, 270, Bd de Ste Marguerite, 13009 Marseille France, ^b Groupement hospitalier Edouard-Herriot, 69437 Lyon Cedex, France, ^c Centre lyonnais d'urologie Bellecour-Charcot, 4, rue Paul Lintier, 69002 Lyon, France, ^d Département de médecine sexuelle, Clinique Beau Soleil, 119, avenue de Lodeve, 34070 Montpellier, France, ^e 19, rue Magnol, 34000 Montpellier, France, ^f Service d'urologie, Hôpital de Rangueil, 1, avenue du Professeur-Jean-Poulhès, 31059 Toulouse cedex 9, France marie.helene@colson.fr | marie-helene.colson@univ-amu.fr

TABLEAU 1

Recherche documentaire

Recommandations pour la prise en charge de première intention par le praticien non sexologue (actualisation années 1995-2016).

Thèmes	Mots-clés 1	Mots-clés 2	Nombre de références obtenues
Définitions, recommandations, conférences de consensus	Erectile dysfunction, impotence, penile erection	Guidelines, practice guideline, consensus conference, health planning, guideline, recommendation, consensus, development conference, consensus statement, general practice, practice guidelines as topic	147
Méta-analyses, revues de littérature		Meta analysis, review, systematic review	896
Epidémiologie		(Epidemiology incidence, prevalence, risk factors) AND (tobacco smoking, diabetes, cardio-vascular risk factors, surgery, benign prostatic hypertrophy, medication, prostatectomy, radiotherapy, aging male, testosterone, androgen, depression, anxiety disorders, low urinary tract symptoms, brachytherapy, substance abuse disorders, partner factors, couple)	697
Explorations		Specificity, sensitivity	182
Traitement		Management, oral treatment, pharmacotherapy, PDE-5 inhibitors, prosthesis, implant, vacuum device, intra-urethral therapy, intra-cavernous injections, surgery, psychosexual counselling, treatments, cognitive and behavioural therapy, sextherapy, couples based interventions, partner factors	3038
Qualité de vie		Quality of life, patient satisfaction, life-events, contextuels factors	764
Total sans chevauchement			3493

(Selon réf. 50).

cependant, s'avérer beaucoup plus élevés dans certaines populations spécifiques, qui présentent une plus grande vulnérabilité à l'incidence d'une DE.

Vulnérabilités liées à l'âge

C'est le cas des *sujets plus âgés*, chez lesquels les taux d'incidence annuelle augmentent à chaque décennie avec l'avancée en âge^{5,6} pour atteindre 67% à 70 ans.⁷ Selon certaines études, la DE semble aussi représenter un marqueur véritable de l'augmentation du risque de mortalité chez les sujets âgés qui en sont affectés.⁸

Une attention toute particulière est aussi portée aujourd'hui aux *sujets plus jeunes*, et l'association d'une prévalence élevée de DE chez de jeunes adultes, en lien direct avec l'abus de substances et d'alcool, a été soulignée par plusieurs études.^{9,10}

La dysfonction érectile comme marqueur de risque

La forte prévalence de DE chez les hommes présentant une dépression, un trouble du bas appareil urinaire, une atteinte neurologique, un syndrome métabolique, a été confirmée par des études récentes. Etre affecté d'une pathologie chronique prédispose à une plus forte incidence de DE. 50% des *diabétiques* en souffrent,¹¹ et, chez eux, l'apparition d'une DE s'avère aujourd'hui l'indicateur le plus fiable de l'installation de complications viscérales, vasculaires et de micro-angiopathie, et signe une étape décisive de l'aggravation du diabète.^{12,13}

Il existe aujourd'hui un lien démontré entre DE et *pathologies cardiovasculaires* qui partagent les mêmes facteurs de risque et représentent toutes deux une expression de la maladie endothéliale. Une importante étude longitudinale signale une prévalence de DE caractérisée comme sévère chez 39% des patients présentant une pathologie cardiovasculaire traitée, après ajustement de l'âge, vs 9,6% dans la population générale.⁵

Cette prévalence peut s'avérer tout aussi élevée en cas de cardiopathie, notamment ischémique. Chez les patients souffrant d'*hypertension artérielle* (HTA), la prévalence de la DE est là encore, élevée,¹⁴ entre 50,6¹⁵ et 68,3%. On retrouve, de manière plus générale, la DE en tant que marqueur de la *maladie endothéliale*, en corrélation avec une coronaropathie documentée par des tests d'ischémie ou des coronarographies présentant des sténoses coronaires significatives (c'est-à-dire supérieures à 70%).¹⁶ La DE peut s'avérer le seul signe précurseur d'une ischémie silencieuse. Ces liens étroits font préconiser un double dépistage, celui de la DE chez les patients avec une atteinte cardiovasculaire, mais aussi celui d'une éventuelle pathologie cardiovasculaire chez les patients consultant pour une DE.

L'IMPACT MAJEUR SUR LA QUALITÉ DE VIE FACE À L'INSUFFISANCE DE DÉPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE

L'insuffisance érectile peut être à l'origine d'une importante souffrance chez l'homme qui en est atteint ainsi que chez sa partenaire. Les études de qualité de vie réalisées chez ces patients, montrent une diminution significative des scores de santé générale, sociale et mentale ainsi qu'une baisse de l'estime de soi et du bien-être émotionnel¹⁷ alors que les scores de dépression augmentent significativement.¹⁸ Inversement, chez les hommes traités pour leur DE, on constate une nette amélioration de la qualité de vie et de l'humeur,¹⁹ ainsi que de l'observance des traitements en cours pour d'autres pathologies coexistantes.²⁰

Malheureusement, les praticiens éprouvent encore une grande difficulté à prendre en charge la difficulté d'érection lorsqu'elle est signalée par leur patient, soit en instaurant eux-mêmes un traitement, soit en l'orientant dans leur réseau de soins.²¹ L'étude SCORED, portant sur 1492 patients chez lesquels un

diagnostic de DE a été porté, montre que 73% d'entre eux avaient déjà signalé leur problème à un médecin sans recevoir de traitement ou de prise en charge véritable.²²

NEUF POINTS POUR SIMPLIFIER LA PRISE EN CHARGE DE NOS PATIENTS

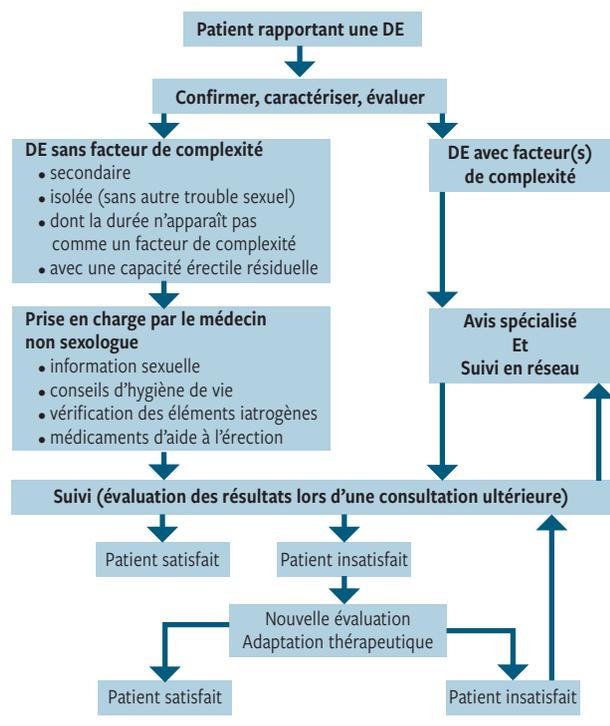
Depuis la dernière décennie, les démarches diagnostiques et thérapeutiques de la DE ont évolué. Elles se sont à la fois simplifiées, tout en s'élargissant à différents paramètres jusque-là trop longtemps ignorés (figure 1).

Etablir un diagnostic

Il est aujourd'hui clairement établi que le diagnostic de la DE est un *diagnostic d'interrogatoire*. L'entretien, qui privilégie un vocabulaire adapté au patient, vérifie qu'il présente bien une incapacité à obtenir et/ou à maintenir une érection suffisante pour une activité sexuelle satisfaisante. Cette question unique paraît équivalente à l'utilisation de l'IIEF (International Index of Erectile Function) dans sa version courte SHIM.²³ Le *diagnostic différentiel* peut quelquefois être délicat, du fait de la confusion fréquente du patient entre troubles de la libido, de l'érection, et troubles de l'éjaculation, mais aussi peur de l'échec, douleurs lors des rapports, ou bien encore des anomalies de la rectitude de la verge gênant la pénétration (maladie de La Peyronie, courbure congénitale).

Aucun examen paraclinique complémentaire n'est recommandé, si ce n'est un bilan biologique général et, en cas de signes de déficit androgénique, un bilan androgénique.

FIG 1 Algorithme décisionnel face à un patient souffrant de dysfonction érectile (DE)



(Selon réf. 52).

Repérer les facteurs de gravité

Les traitements actuels ont rendu obsolète l'ancienne classification entre étiologies organiques et psychologiques, et donc la recherche de ces différents facteurs.²⁴ Il est aujourd'hui préférable, pour orienter la prise en charge, de vérifier si la DE dont souffre le patient présente des facteurs de complexité. Une DE simple, non compliquée, peut être traitée en première ligne par tout praticien, et permettre dans un grand nombre de cas la satisfaction du patient. C'est le cas :

- Pour les DE dans lesquelles la *capacité érectile est conservée*. L'observation d'érections spontanées et/ou situationnelles, par exemple avec certaines partenaires, ou à la masturbation, d'érections nocturnes ou matinales, ou encore de troubles du maintien d'érections lors des relations sexuelles, est de meilleur pronostic, quel que soit le contexte organique. Elle oriente davantage vers un trouble de l'excitation, et ces DE ont le plus souvent un caractère provisoire.
- Pour les DE *installées secondairement* après une période de sexualité satisfaisante. Une DE primaire, c'est-à-dire existant depuis le début de l'activité sexuelle, est souvent liée à des facteurs de gravité, d'ordres organique, psychologique, ou psycho-relacionnel, et doit faire orienter vers une prise en charge spécialisée.
- En présence d'une *relation conjugale satisfaisante* avec une partenaire bienveillante et ne représentant pas un facteur de frein à la guérison par son hostilité ou son désintérêt sexuel, voire souffrant elle-même d'une difficulté sexuelle (vaginisme, dyspareunies...). Les études les plus récentes, portant sur de larges populations, montrent bien l'importance d'un couple stable et entretenant un bon niveau de communication et d'entente pour la récupération sexuelle des hommes avec DE, en particulier après un cancer de la prostate.^{25,26}

Une fois posé le diagnostic positif de DE, quelques questions simples semblent nécessaires et suffisantes pour orienter la prise en charge.

Depuis quand? (primaire ou secondaire)

Souffrez-vous d'autres difficultés sexuelles?

Avez-vous toujours des érections conservées dans certaines situations, matinales ou autres?

Est-ce que votre partenaire souffre de la situation? Et est-elle (il) désireuse(x) d'une prise en charge?

Une DE réactionnelle, secondaire, caractérisée par un trouble du maintien de l'érection, associée à la présence d'érections spontanées ou provoquées de bonne qualité, évoque une problématique potentiellement plus simple, a priori de bon pronostic et relève de la prise en charge en première intention par le praticien.

Evaluer les comorbidités

Les éventuelles comorbidités (diabète, hypertension...) sont à repérer et à prendre en charge de manière spécifique, de même qu'un éventuel déficit androgénique. Les conseils hygiéno-diététiques sont très importants et trouvent une place déterminante dans la prise en charge de première intention.²⁷ L'ensemble des traitements en cours est à lister, et dans certains cas, il pourra s'avérer utile de réévaluer la prescrip-

tion, bien que le rôle délétère de certains médicaments soit souvent surévalué.²⁸

Apporter une information circonstanciée

Dans un grand nombre de cas, une information éclairée peut suffire à apaiser les craintes sexuelles du patient, à améliorer sa réponse ou sa complaisance au traitement proposé,²⁹ voire même à permettre la régression complète des troubles sexuels, en particulier dans les populations à risque.^{30,31}

Les principales informations porteront sur:

- La *fréquence de la DE* dans la population générale.
- L'*efficacité des traitements actuels* de la DE, même en cas de maladie chronique.
- L'importance de la stimulation sexuelle dans la réponse au traitement.
- La place de la *motivation de la partenaire* et de sa participation active dans le processus de guérison.
- Des informations sur la *physiologie de l'érection*, ses variations avec l'âge, ou l'état émotionnel, ainsi que sur les mécanismes physiopathologiques de ses troubles seront souvent utiles au patient et à sa partenaire, en particulier pour corriger les fausses croyances et les cognitions erronées, nombreuses en matière de sexualité.³²
- Beaucoup de difficultés sexuelles, en lien avec l'*état émotionnel*, peuvent s'observer dans des périodes particulières de la vie (stress, ruptures de vie, burnout...) sans pour autant s'installer de manière définitive. C'est aussi le cas de nombreux épisodes de DE survenant au décours de la plupart des pathologies chroniques, ou lors de la prise de certains traitements. Comprendre le *côté éphémère* de la plupart des épisodes de DE suffit souvent à rassurer le patient et à l'aider à aller mieux.³³

Choix du traitement

Hormis des cas particuliers, les différences intrinsèques entre les produits ne permettront pas au praticien de préconiser un inhibiteur de la phosphodiesterase 5 (iPDE-5) plutôt qu'un autre et le *critère de choix à retenir sera celui du patient et éventuellement de sa partenaire*, en fonction de leur souhait personnel d'activité sexuelle, après leur information sur les délais et la durée d'action de chaque molécule.²⁷

Penser à accompagner sa prescription

L'efficacité des traitements pharmacologiques de l'érection peut être optimisée par des consignes simples d'accompagnement, qui suffisent souvent à améliorer la réponse aux traitements prescrits.^{28,34} Les prescriptions sans explications préalables conduisent à une insuffisance de réponse et à l'abandon du traitement.³⁵ Parmi les informations et consignes faciles à donner au patient, sans entrer dans son intimité, nous noterons:

- Le mode d'action du traitement prescrit, sa forme.
- Les effets indésirables possibles.
- La description et le respect des modalités de prise en fonction du traitement choisi.
- La nécessité d'une stimulation sexuelle (et d'une partenaire sexuellement motivée), afin de respecter les conditions physiologiques de survenue d'une érection.
- Le fait que plusieurs doses de traitements peuvent être

nécessaires afin d'obtenir satisfaction.

- La nécessité d'éviter d'abandonner trop rapidement le rapport sexuel, même après avoir perdu son érection, qui peut revenir si l'on associe une stimulation adéquate.
- La nécessité d'éviter les comportements hâtifs, de précipitation pour pénétrer, ou d'insistance, car générateurs d'échecs.

Vérifier l'implication du partenaire

La DE est fréquemment associée à des difficultés de couple et de communication. En l'absence de prise en compte de cet élément, tout traitement est le plus souvent voué à l'échec.¹⁷

Une participation active du partenaire permet une optimisation du traitement de l'érection, comme cela a été largement démontré. Inversement l'amélioration de la DE sous traitement, en particulier avec les iPDE-5, améliore de manière notable la relation de couple,³⁶ ainsi que la sexualité et le désir du partenaire.³⁷ En cas de DE dans un couple où la partenaire est démotivée sexuellement, voire hostile, une consultation sexologique est recommandée.

Assurer un suivi

Le suivi du patient est indispensable et fait partie intégrante de la prise en charge. Le patient doit être régulièrement convoqué jusqu'à ce qu'il soit satisfait du traitement en cours ou jusqu'à sa guérison si celle-ci s'avère possible.

Gestion de l'échec

Un grand nombre « d'échecs » ou supposés tels sont liés à une mauvaise observance des règles de prescription, et de nombreux auteurs ont insisté sur l'importance de les répéter car elles sont souvent négligées par les patients, ou interprétées selon leurs peurs. Plusieurs tentatives sont parfois nécessaires, et il faudra l'expliquer au patient afin de le rassurer et de l'aider à gérer son anxiété de performance. En cas de persistance de la situation d'échec, et d'insatisfaction du patient, *il est recommandé au médecin de proposer à son patient l'avis du spécialiste adapté*, en vue d'une prise en charge en réseau, de nature psychosexologique, thérapie de couple, ou d'une androgénothérapie substitutive.

ACTUALITÉ DES TRAITEMENTS DE LA DYSFONCTION ÉRECTILE

Traitements oraux

Les iPDE-5 représentent actuellement le traitement oral de référence, et de première intention dans la DE. Ils s'avèrent, avec le recul, particulièrement fiables, efficaces et d'une grande sécurité d'emploi, en l'absence de contre-indications (grade A, niveau 1).³⁸ Les règles de prescription ont bien été détaillées par les consensus successifs de Princeton,³⁹⁻⁴¹ en particulier chez les coronariens.

De nombreuses études se sont assurées de l'efficacité et de l'innocuité des iPDE-5 dans la population générale, comme dans les populations avec des comorbidités (diabète, maladies cardiovasculaires, pathologies cancéreuses...). Celles qui ont été réalisées à long terme permettent de démontrer leur efficacité, y compris sur de longues périodes d'admi-

nistration, et pour l'ensemble des iPDE-5. Même si chaque molécule actuellement disponible sur le marché garde ses spécificités propres (tableau 2), il n'existe pas de différence notable entre produits en ce qui concerne la sécurité d'emploi ou la tolérance (niveau 1, grade A).³⁸ Des taux d'efficacité entre 65 et 85% sont généralement retenus sur l'ensemble des études.

De nombreuses études de préférence, sponsorisées ou non, publiées ou non, ont été produites pour essayer de départager les différents iPDE-5 entre eux. Les quatre molécules commercialisées en France et en Europe (sildénafil, tadalafil, vardénafil et avanafil) possèdent toutes de puissantes qualités d'induction de l'érection, avec des effets sensiblement équivalents, et il est difficile de les départager. Cependant, une récente revue de littérature évaluant, indépendamment de l'industrie pharmaceutique, les conclusions des principales études de préférences de bon niveau de preuves publiées entre 2001 à 2011 avec le sildénafil, le tadalafil et le vardénafil, conclut à une plus grande préférence pour le tadalafil (52-65%) vs 12-20% pour le vardénafil et 8-30% pour le sildénafil.⁴²

Autres traitements

Vitaros est un traitement de la DE par voie topique, sous forme de crème, à base d'un analogue synthétique de la prostaglandine E1 (alprostadil), et dont l'application se fait au contact du méat urinaire. Son faible passage systémique en fait un traitement intéressant en particulier chez les patients polymédicamentés, et limite les interactions médicamenteuses possibles. Ses effets secondaires sont minimes, il est bien toléré sur le plan local et présente une efficacité comparable aux traitements oraux dans les études réalisées.⁴³ Il nécessite cependant pour le patient, d'avoir bien assimilé le mode d'emploi.⁴⁴

Les injections intracaverneuses de prostaglandine PGE1 (alprostadil) gardent des indications certaines, en particulier chez les patients présentant des comorbidités avec des DE anciennes. Elles permettent une érection dans 55 à 93% des cas, selon l'étiologie.

Les prothèses péniennes sont encore peu utilisées en Europe. Il s'agit cependant d'un traitement satisfaisant, voire très satisfaisant pour la grande majorité des patients qui en ont bénéficié. Leurs indications restent cependant limitées et réservées au spécialiste.⁴⁵

Les érecteurs à dépression (*vacuum*) sont à réserver aux populations fragilisées, avec des pathologies cardiovasculaires ou aux personnes âgées, principalement.

Les autres traitements locaux ou per os n'ont pas fait la preuve de leur intérêt dans le traitement de la DE (phytothérapies, yocoral, yohimbine).

Associations médicamenteuses

Il peut arriver que le praticien soit amené à associer plusieurs traitements de la DE pour en potentialiser les effets. Cette pratique, ainsi que celle de l'association d'iPDE-5 à l'alprostadil intracaverneux, nécessite un avis spécialisé. Chez les patients hypogonadiques, l'association d'androgènes à la prescription d'iPDE-5 peut améliorer la réceptivité aux iPDE-5 dans 33 à 100% des cas.⁴⁶

INTÉRÊT DES PRISES EN CHARGE INTÉGRATIVES

Les thérapies sexologiques pratiquées aujourd'hui s'inspirent principalement des thérapies cognitivo-comportementales largement validées par ailleurs dans d'autres types d'affections, comme la dépression ou les troubles anxieux. Elles associent une prise en charge des perturbations émotionnelles de la DE et de ses facteurs anxieux, à une reconstruction progressive de la fonction sexuelle perturbée en profondeur par l'anxiété et les cognitions négatives. La reprise de confiance s'opère en recentrant le patient sur ses ressources, ainsi que sur les paramètres érotiques et sensuels de la sexualité, lui permettant peu à peu d'arrêter de se focaliser sur son érection. Il peut ainsi renouer pas à pas avec une sexualité érotique, en rétablissant sa réceptivité aux stimuli sexuels.

La recherche de facteurs de blocages psychologiques fait partie du bilan de base systématique de toutes les DE quelle

TABLEAU 2 Comparaison des différents inhibiteurs de la PDE-5 disponibles en Europe

Spécificités pharmacocinétiques et principaux effets comparés des différents iPDE-5, tirés des résumés des caractéristiques produits. ODT: comprimés orodispersibles (orally disintegrating tablets); PDE-5: phosphodiesterase 5.

	Sildénafil	Tadalafil		Vardénafil		Avanafil
Dosages	25, 50 et 100 mg	2,5 et 5 mg	10 et 20 mg	5, 10 et 20 mg	10 mg ODT	100 et 200 mg
T_{max} (min)	70 (30-120)	120 (30-720)		40 (15-180)	75 (30-120)	52 (33-83)
Demi-vie d'élimination (h)	3,82 ± 0,84	17,5		3,94 ± 1,31	4,2-6	5,36-10,66
Prescription à la demande	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Prescription quotidienne	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Début de la réponse (min)	au plus tôt	14		16		15
	> 50% des patients	20		30-45		25
Durée de la réponse (h)	4-5	36		4-5	4-5	5,36-10,66
C_{max} (ng/l)	327 ± 236	378		20,9 ± 1,83		51,61

(Selon réf. 51).

qu'en soit l'étiologie suspectée, en particulier au niveau du dépistage des troubles de l'attention et des distractions cognitives (grade A), des attentes irréalistes (grade A) ou des troubles dépressifs et anxieux (grade A), des facteurs de stress (grade A).

Les études avec groupes témoins qui ont été réalisées montrent la supériorité des prises en charge globales associant une thérapie de type cognitivo-comportementale sexuelle à la prescription isolée d'un traitement pharmacologique de l'érection.^{47,48} Il est aujourd'hui fortement conseillé d'associer une prise en charge psychosexologique aux différents traitements pharmacologiques, principalement en cas de résistance ou d'échec de ces traitements (grade A). Les thérapies de couple, quand elles sont possibles, sont, elles aussi, fortement recommandées (grade A).

CONCLUSION

Vingt ans après l'arrivée des traitements oraux de l'érection, la DE est aujourd'hui mieux connue, ainsi que la souffrance qui l'accompagne, et son impact à la fois sur l'individu et son couple. Les approches modernes de la DE, qui ne cherchent plus à en déterminer l'origine psychologique ou organique, se centrent aujourd'hui résolument sur les différents paramètres de la symptomatologie et leur résolution progressive. Elles permettent ainsi aux praticiens non spécialistes, maintenant davantage convaincus de l'importance de son dépis-

tage et de sa prise en charge, de mieux se situer au sein de l'indispensable réseau de soins à constituer autour du patient en difficulté dans sa sexualité, dans sa vie et dans son identité virile.

Conflit d'intérêts: Le Dr Colson entretient les liens d'intérêts suivants (membre de Board, expert, intervenant en congrès scientifique, recherches cliniques, publications scientifiques sponsorisées): Allergan, Astellas, Astra Zéneca, Bayer santé de la femme, Boston SA, Bouchara, Ferring, Genevrier, Gilead, Ipsen, Lilly SA, Menarini, Majorelle, Novartis, Pfizer santé familiale, Theramex. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Nous présentons dans cet article une synthèse de la troisième version actualisée des «Recommandations pour la prise en charge en première intention par le praticien non sexologue d'un homme souffrant de dysfonction érectile» ici synthétisées et résumées
- Par rapport aux deux versions précédentes du même travail, cette publication attire l'attention sur la prévalence de la dysfonction érectile (DE) dans les populations de patients atteints de pathologies chroniques
- Elle met l'accent sur des algorithmes de prise en charge simplifiés, facilement accessibles à tout praticien
- Elle met aussi en évidence le rôle joué par le partenaire dans le déclenchement ou le maintien de la DE, ainsi que son importance dans la prise en charge de cette pathologie dont le caractère plurifactoriel n'est plus à démontrer

1 Haute autorité de santé (HAS). Exigences communes à toutes les productions de la HAS, juillet 2014. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/methodes_has_exigences_communes.pdf

2 Appraisal of guidelines for research and evaluation II: AGREE II instrument www.agreertrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.

3 * Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al.; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.

4 Aytaç IA., McKinlay J.B., Krane R.J. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *Br J Urol* 1999;84:50-6.

5 Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Urol* 2000;163:460-3.

6 Araujo AB, Mohr BA, McKinlay JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men: longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1502-9.

7 Melman AI, Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Urol* 1999;161:5-11.

8 Hsu B, Hirani V, Naganathan V, et al. Sexual function and mortality in older men: the Concord health and ageing in

men project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017;72:520-7.

9 Akre C, Berchtold A, Gmel G, Suris JC. The evolution of sexual dysfunction in young men aged 18-25 years. *J Adolesc Health* 2014;55:736-43.

10 Martins FG, Abdo CH. Erectile dysfunction and correlated factors in Brazilian men aged 18-40 years. *J Sex Med* 2010;7:2166-73.

11 Burke JP, Jacobson DJ, McGree ME, et al. Diabetes and sexual dysfunction: results from the Olmsted County study of urinary symptoms and health status among men. *J Urol* 2007;177:1438-42.

12 Gazzaruso C, Solerte SB, Pujia A, et al. Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular events and death in diabetic patients with angiographically proven asymptomatic coronary artery disease a potential protective role for statins and 5-Phosphodiesterase inhibitors. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:2040-4.

13 Schwartz BG, Economides C, Mayeda GS, Burstein S, Kloner RA. The endothelial cell in health and disease: its function, dysfunction, measurement and therapy. *Int J Impot Res* 2010;22:77-90.

14 Lane-Cordova AD1, Kershaw K, Liu K, Herrington D, Lloyd-Jones DM. Association between cardiovascular health and endothelial function with future erectile dysfunction: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am J Hypertens* 2017;30:815-21.

15 Artom N, Pinna G, Musso NR, et al. Prevalence of erectile dysfunction in a cohort of Italian hypertensive subjects. *Clin Exp Hypertens* 2016;38:143-9.

16 Jackson G, Padley S. Erectile dysfunction and silent coronary artery disease: abnormal computed tomography coronary angiogram in the presence of normal exercise ECGs. *Int J Clin Pract* 2008;62:973-6.

17 Althof SE. When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *Int J Impot Res* 2002;14(Suppl. 1):S99-104.

18 Seidman SN. Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl. 5):5-12;discussion 23-5.

19 Latini DM1, Penson DF, Lubek DP, et al. Longitudinal differences in disease specific quality of life in men with erectile dysfunction: results from the Exploratory Comprehensive Evaluation of Erectile Dysfunction study. *J Urol* 2003;169:1437-42.

20 * Scranton RE, Goldstein I, Stecher VJ. Erectile dysfunction diagnosis and treatment as a means to improve medication adherence and optimize comorbidity management. *J Sex Med* 2013;10:551-61.

21 ** Kirby CN1, Piterman L, Giles C.GP management of erectile dysfunction: the impact of clinical audit and guidelines. *Aust Fam Physician* 2009;38:637-41.

22 Claes H1, Opsomer RJ, Andrienne R, et al. Characteristics and expectations of patients with erectile dysfunction: results of the SCORED study. *Int J Impot Res* 2008;20:418-24.

23 Ramanathan R1, Mulhall J, Rao S, et al. Predictive correlation between the International Index of Erectile Function (IIEF) and Sexual Health Inventory for

Men (SHIM): implications for calculating a derived SHIM for clinical use. *J Sex Med* 2007;4:1336-44.

24 Perelman MA. The Sexual Tipping Point: A model to conceptualize etiology, diagnosis & combination treatment of female & male sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2006;3(Suppl. 1):52.

25 Wittmann D1, Northouse L, Crossley H, et al. A pilot study of potential pre-operative barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Sex Marital Ther* 2015;41:155-68.

26 Hamilton LD, Van Dam D, Wassersug RJ. The perspective of prostate cancer patients and patients' partners on the psychological burden of androgen deprivation and the dyadic adjustment of prostate cancer couples. *Psychooncology* 2016;25:823-31.

27 * Hackett G, Krychman M, Baldwin D, et al. Coronary heart disease, diabetes, and sexuality in men. *J Sex Med* 2016;13:887-904.

28 Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghe E. Démarche diagnostique et prise en charge du patient souffrant de dysfonction érectile, actualisation et consignes pratiques. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson, Sexologies 2018;27:23-30.

29 Polito M1, d'Anzeo G, Conti A, Muzzonigro G. Erectile rehabilitation with intracavernous alprostadil after radical prostatectomy: refusal and dropout rates. *BJU Int* 2012;110:E954-7.

30 Steinke EE. How can heart failure patients and their partners be counseled on sexual activity? *Curr Heart Fail Rep*

2013;10:262-9.

31 Steptoe A, Jackson SE, Wardle J. Sexual activity and concerns in people with coronary heart disease from a population-based study. *Heart* 2016;102:1095-9.

32 Leiblum SR. After sildenafil: bridging the gap between pharmacologic treatment and satisfying sexual relationships. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl. 5):17-22;discussion 23-5.

33 Shabsigh R, Perelman MA, Laumann EO, Lockhart DC. Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. *BJU Int* 2004;94:1055-65.

34 Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. Phosphodiesterase type 5 inhibitors: unmet needs. *Curr Pharm Des* 2009;15:3476-85.

35 Mulhall JP, McLaughlin TP, Harnett JP, et al. Medication utilization behavior in patients receiving phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction. *J Sex Med* 2005;2:848-55.

36 Rubio-Aurioles E, Kim ED, Rosen RC, et al. Impact on erectile function and sexual quality of life of couples: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of tadalafil taken once daily. *J Sex Med*

2009;6:1314-23.

37 Blumel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause* 2004;11:78-81.

38 Hatzimouratidis K, Salonia A, Adaihan G, et al. Pharmacotherapy for erectile dysfunction: recommendations from the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015). *J Sex Med* 2016;13:465-88.

39 DeBusk R, Drory Y, Goldstein I, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of The Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol* 2000;86:175-81.

40 ** Jackson G, Betteridge J, Dean J, et al. A systematic approach to erectile dysfunction in the cardiovascular patient: a consensus statement—update 2002. *Int J Clin Pract* 2002;56:663-71.

41 Nehra A, Jackson G, Miner M, et al. The Princeton III consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* 2012;87:766-78.

42 Morales AM1, Casillas M, Turbi C. Patients' preference in the treatment of erectile dysfunction: a critical review of

the literature. *Int J Impot Res* 2011;23:1-8.

43 Moncada I, Cuzin B. Clinical efficacy and safety of Vitaros®/Virirec® (Alprostadil cream) for the treatment of erectile dysfunction. *Urologia* 2015;82:84-92.

44 ** Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. Les traitements topiques de la dysfonction érectile, et le Vitaros® en pratique. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson, *Sexologies* 2018;2759-62.

45 Levine LA, Becher E, Bella A, et al. Penile prosthesis surgery: current recommendations from the International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med* 2016;13:489-518.

46 Buvat J, Montorsi F, Maggi M, et al. Hypogonadal men non responders to the PDE5 inhibitor tadalafil benefit from normalization of testosterone levels with a 1% hydroalcoholic testosterone gel in the treatment of erectile dysfunction (TADTEST study). *J Sex Med* 2011;8:284-93.

47 ** Melnik T, Soares BG, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal

injection, and vacuum devices. *J Sex Med* 2008;5:2562-74.

48 Schmidt HM, Munder T, Gerger H, et al. Combination of psychological intervention and phosphodiesterase-5 inhibitors for or erectile dysfunction: a narrative review and meta-analysis. *J Sex Med* 2014;11:1376-91.

49 ** Brotto L, Atallah S, Johnson-Ag-bakwu C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2016;13:538e-71.

50 Colson MH, Cuzin B., Faix A., Grellet L., Huyghes E. La dysfonction érectile, vingt ans après. Research article. *Sexologies* 2018;27:2-8.

51 Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. Les traitements oraux de la dysfonction érectile aujourd'hui, pour quel patient? Research article. *Sexologies* 2018;27:37-46.

52 Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L., Huyghes E. Algorithmes de prise en charge du patient souffrant de dysfonction érectile. Research article. *Sexologies* 2018;27:72-7.

* à lire
** à lire absolument