

Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile

Florence COUR (1), Pascale FABBRO-PERAY (2), Béatrice CUZIN (3), M. BONIERBALE (4), Pierre BONDIL (5), Marie de CRECY (6), Maryvonne DESBARATS (7), Antoine FAIX (8), Frédérique HEDON (9), Antoine LEMAIRE (10), Ghislaine PARIS (11), François PHILIPPE (12), Maurice SEGALAS (13), Isabelle TOURNERIE (14), Marie-Hélène COLSON (14), Pierre COSTA (15)

(1) Urologue, Paris, France, (2) Epidémiologiste, Nîmes, France, (3) Urologue, Lyon, France, (4) Psychiatre-Sexologue, Marseille, France, (5) Urologue, Chambéry, France, (6) Gynécologue, Sainte-Geneviève des Bois, France, (7) Psychologue-Sexologue, Toulouse, France, (8) Urologue, Montpellier, France, (9) Médecin-Sexologue, Paris, France, (10) Diabéto-endocrinologue, Lille, France, (11) Médecin-Sexologue, Antony, France, (12) Cardiologue, Paris, France, (13) Médecin généraliste, Gimont, France, (14) Médecin généraliste, Sceaux, France, (15) Urologue, Nîmes, France

Mots clés : dysfonction érectile, recommandations cliniques, médecine générale.

Les recommandations pour la prise en charge en première intention d'un patient rapportant une dysfonction érectile en médecine générale ont été élaborées sous l'égide de l'Association Inter-Hospitalo-Universitaire de Sexologie (AIHUS), sur un projet de son président, le Professeur 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 Pelvi-Périnéologie (SIFUD-PP).

La méthode de travail utilisée a suivi celle décrite dans le guide "Les recommandations pour la pratique clinique-Bases méthodologiques pour leur réalisation en France", publié en 1999 par l'ANAES.

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.

L'ensemble du travail a été coordonné par Madame le Dr Florence COUR, chargée du projet et de sa rédaction.

La recherche bibliographique a été coordonnée par Madame le Dr Pascale FABBRO-PERAY, qui a effectué également la sélection des articles selon leur niveau de preuve et leur intérêt pour ce travail, en collaboration avec Mme le Dr Florence COUR.

Le respect de la méthode de travail de l'ANAES a été vérifié par Mme le Dr Béatrice CUZIN.

La logistique a été assurée par Mme Béatrice GODALIER, société BG consultant.

CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UNE DYSFONCTION ERECTILE

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.

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 morphologiques gênant la pénétration (maladie de Lapeyronie) : "Avez-vous une déformation de la verge lorsque vous êtes en érection ?", une impression de taille de verge insuffisante.

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.

Manuscrit reçu : septembre 2005

Adresse pour correspondance : Pr. P. Costa, Service d'Urologie-Andrologie, Hôpital Universitaire Caremeau, Place du Pr. Debré, 30029 Nîmes Cedex 9.

e-mail : pierre.costa@chu-nimes.fr

Ref : Prog. Urol., 2005, 15, 1011-1020

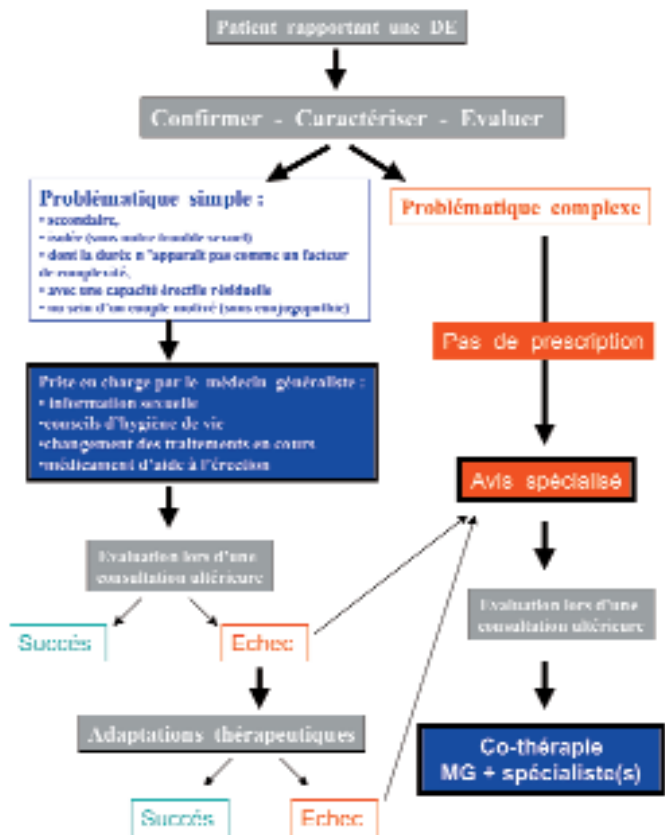


Figure 1. Patient rapportant une DE.

Caractérisation de la dysfonction érectile

Une fois la dysfonction érectile 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 psycho-social 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 dysfonction érectile :
 - ≠ 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 difficile.
 - ≠ par l'existence ou non d'une capacité érectile résiduelle rigide suffisante 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 permet 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.

Evaluation 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 dysfonction érectile.

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 et rechercher un éventuel retentissement familial ou professionnel.

Les auto-questionnaires, comme l'IIEF, 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 dysfonction érectile et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique :
 - ≠ antécédents abdomino-pelviens : chirurgie, irradiation, traumatisme,
 - ≠ diabète : l'état de son équilibrage et l'existence d'autres complications éventuelles (rétinopathie, neuropathie des membres inférieurs...)
 - ≠ facteurs de risque cardio-vasculaires :
 - ≠ surcharge pondérale,
 - ≠ sédentarité,
 - ≠ tabagisme,
 - ≠ HTA, existence d'un syndrome métabolique,
 - ≠ autres maladies cardiaques (angor, insuffisance cardiaque),
 - ≠ 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, Addison...)

≠ 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 pour la responsabilité d'un traitement donné est souvent faible.

- 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, 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 2 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 2 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 érectile".

≠ 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 3 à 6 mois avant l'apparition de la dysfonction érectile,

≠ 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 de la sexualité chez elle (diminution du désir, dyspareunie, anorgasmie), sur sa santé morale et physique en général et particulièrement sur ses problèmes gynécologiques éventuels, son statut hormonal (ménopause), ses antécédents chirurgicaux pelviens et sénologiques, 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 uro-génital : appréciation des caractères sexuels secondaires : testicules (taille, consistance), pénis (recherche d'une maladie de Lapeyronie ou autres anomalies morphologiques), toucher rectal après 50 ans, en l'absence d'antécédents familiaux de cancer de prostate (à partir de 45 ans dans ce cas); examen des seins.

- Un examen cardio-vasculaire : prise de tension artérielle du pouls et des pouls périphériques, recherche d'un souffle artériel, mesure du périmètre abdominal (recherche d'un syndrome métabolique).

- Un examen neurologique orienté : réflexes ostéo-tendineux et cutanés plantaires, 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 douze mois précédents, avec hémoglobine glycosylée (HB A1C) si le patient est diabétique connu.

≠ bilan lipidique, s'il n'y en a pas eu dans les douze mois précédents : cholestérol total, HDL et triglycérides.

≠ NFS, ionogramme, créatininémie, bilan hépatique s'il n'y a pas eu de bilan depuis 5 ans : bilan orienté par la clinique.

≠ La recherche d'un déficit androgénique biologique est recommandée chez les patients présentant des facteurs de risque (existence d'une maladie chronique comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique, le SIDA, une corticothérapie au long cours, des 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 des érections nocturnes en fréquence et en qualité.

Pour certains, en dehors de ces signes d'appel, un dosage systématique de la testostéronémie chez l'homme de plus de 50 ans 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 11h. 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), 2 à 4 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 exceptionnel (grade A).

≠ L'ANAES ne recommande pas un dépistage de masse du cancer de la prostate. L'Association Française d'Urologie (AFU) propose dans le cadre d'un dépistage individuel, un dosage du PSA total chez 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 (grade A).

≠ Le dosage de la TSH n'est pas recommandé en première intention, sauf point d'appel clinique, de même que le dosage du DHEA.

- 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 dysfonction érectile (accord professionnel fort).

Ce bilan est nécessaire et suffisant, même si, à la fin de celui-ci, le diagnostic étiologique précis de la dysfonction érectile n'est pas toujours établi de façon exhaustive, d'autant que celle-ci est souvent multifactorielle. Il a permis de lister les différentes co-morbidités et de découvrir une HTA ou d'autres problèmes cardio-vasculaires ..., des anomalies métaboliques méconnues, comme un diabète ou une hyperlipidémie.

PRISE EN CHARGE INITIALE DE LA DYSFONCTION ERECTILE EN MEDECINE GENERALE

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 quête d'un renseignement à une prise en charge complète, en passant par une simple réassurance. L'élimination d'une pathologie grave (cancer de prostate ...) par le bilan effectué peut lui suffire, si la requête du patient était en fait une simple demande de bilan urologique et qu'il est rassuré par la normalité de celui-ci.

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

Cette prise en charge se décline en plusieurs étapes :

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 dysfonction érectile et l'évolution de la sexualité avec l'âge.

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

seront prodigués : régime alimentaire, sevrage du tabac et d'éventuelles autres substances addictives, lutte contre la sédentarité.

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) :

≠ Chez le coronarien avéré ou potentiel, comme le diabétique, la décision d'interruption du traitement n'est envisageable qu'après une évaluation cardio-vasculaire par un cardiologue.

≠ Sinon, chez l'hypertendu jeune sans facteur de risque :

o 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.

o 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, milnacipran, mirtazapine, amineptine ou tianeptine) est alors possible. Pour ne pas prendre le risque de déstabiliser la dépression en changeant de molécule, on peut aussi adjoindre 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 que le patient interrompe son traitement,

≠ de discuter du bénéfice éventuel d'une molécule moins délétère sur sa sexualité ou de l'intérêt d'introduire un inhibiteur de la PDE5 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 hyper-prolactinémiant des neuroleptiques, pouvant entraîner une dysfonction érectile, en vue d'un éventuel traitement correcteur (grade C).

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. 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 en discutant les bénéfices, les risques, le coût selon leur besoin (accord professionnel fort).

Les traitements oraux

La 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 dysfonction érectile 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 PDE5 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 PDE5

Les inhibiteurs de la PDE5 facilitent, lors d'une stimulation sexuelle, la myo-relaxation intra-caverneuse 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 100mg, le tadalafil (Cialis®), disponible en 10 et 20mg et le vardénafil (Lévitra®), disponible en 5, 10 et 20mg. Tous deux sont commercialisés depuis 2003.

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 sont minimes à modérés, essentiellement bouffées vasomotrices, céphalées, dyspepsie, rhinite (se référer aux RCP).

≠ 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).

o 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 cardio-vasculaire, un programme d'exercices graduels peut être proposé, qui permettra une réévaluation ultérieure en vue d'un traitement.

o 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 (€3), les inhibiteurs de la PDE5 sont autorisés sans exploration cardiologique préalable,

- Chez un patient sédentaire et/ou présentant plus de 3 facteurs de risque : les inhibiteurs de la PDE5 ne doivent pas être prescrits sans un avis cardiologique : c'est le cardiologue qui jugera de la nécessité d'un test d'effort.

o 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 dysfonction érectile (Grade A).

o 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.

o 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 et le critère de choix à retenir sera celui de son patient, après information sur ces trois iPDE5, notamment sur leur délai et leur durée d'action.

o 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, 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 4 à 6 essais.

o 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 4 à 5 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").

o 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 (Tmax) est d'environ 1 heure pour le Viagra® et le Levitra® qui ont une demi-vie d'élimination de 4 à 5 heures. La durée d'action du

Viagra® est de 4 à 5 heures. Celle du Levitra® n'est pas précisée. Le Tmax du Cialis® est d'environ 2 heures, sa demi-vie d'élimination est de 17,5 heures et sa durée d'action est de 36 heures ; pour ce dernier, un délai de 2 jours est à respecter entre deux prises.

L'apomorphine sublinguale

L'apomorphine, non remboursée par la sécurité sociale, agoniste central non sélectif des récepteurs dopaminergiques, est un facilitateur de l'érection. Une seule molécule reste disponible à ce jour : UPRIMA, disponible en 2 et 3 mg.

L'apomorphine n'est pas contre-indiquée chez les patients traités par dérivés nitrés. Une précaution d'emploi existe avec les thérapeutiques à action dopaminergique (maladie de Parkinson ...).

Du fait d'une efficacité très modérée, l'apomorphine sublinguale ne peut être recommandée en première intention que dans les dysfonctions érectiles légères (grade A).

Les traitements locaux

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

Les injections intra-caverneuses (IIC) de PGE1

La PGE1 est un agent inducteur de l'érection, par l'intermédiaire de récepteurs intra-caverneux, dont la stimulation provoque une relaxation du muscle lisse par augmentation de la concentration de l'AMPc.

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

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

Les indications des injections intracaverneuses sont :

- contre-indication ou intolérance au traitement oral.
- échec du traitement oral.
- chirurgie carcinologique prostatique (prostatectomie radicale sans préservation des bandelettes vasculo-nerveuses) ou vésicale (cysto-prostatectomie 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 colorectale) ou de la radiothérapie abdomino-pelvienne,
- 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.
- des 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 (cf. RCP) est nécessaire avant instauration de ce traitement. Une contraception devra être utilisée si la partenaire est susceptible d'être enceinte; sinon les IIC ne devront pas être instaurées. LES IIC ne sont pas contre-indiquées dans les pathologies cardio-vasculaires, ni en cas de traitement anticoagulant.

Recommandations générales (accord professionnel fort).

≠ Si le médecin généraliste est parfaitement formé au traitement local par injections intra-caverneuses 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 4 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 reconsulter 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.

≠ 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 500, 750 et 1000µg. 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.

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 ne sont proposés qu'après échec ou refus des autres traitements, car ils se substituent de façon définitive au tissu érectile : il s'agit donc d'un traitement de 3ème "ligne".

Efficacité : Chez les patients présentant une prothèse fonctionnelle, chez des couples sélectionnés, et parfaitement informés, le taux de satisfaction est très élevée 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 1an, 20% à 5 ans et 50% à 10 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 spécialiste.

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. A 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 1ère intention de la DE (grade C).

L'androgénothérapie

Le médecin généraliste doit savoir que l'association déficit androgénique de l'homme âgé et dysfonction érectile n'est pas clairement définie : ainsi, le pourcentage de patients ayant un déficit androgénique lorsqu'ils consultent pour une dysfonction érectile 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 lié à l'âge confirmés biologiquement par deux dosages de testostéronémie inférieurs à la normale (grade A).

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 5 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 PARTICULIERES

Les diabétiques

La dysfonction érectile 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 dysfonction érectile chez le diabétique.

Le traitement oral par inhibiteur de la PDE5 peut être proposé mais, étant donné la fréquence des facteurs de risque cardio-vasculaires associés au diabète, un avis cardiologique est recommandé avant prescription d'un inhibiteur de la PDE5 en cas de facteurs de risque cardio-vasculaire associés. Aucun traitement à visée cardio-vasculaire 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 2 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 déclenchants de la dysfonction érectile : la dysfonction érectile peut être associée à des troubles de l'humeur, principalement la dépression et à des troubles anxieux.

Toutes les études disponibles ont soit de petits effectifs soit 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 psychothérapeutique 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 dysfonction érectile 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 psychothérapeutique avec l'aide du psychiatre et y associer la prise en charge de la DE quand la dépression est stabilisée (inhibiteurs de la PDE5 ...)

≠ La DE suit l'administration du traitement anti-dépresseur : celui-ci peut être en cause :

o Si le patient est suivi par un psychiatre, il est recommandé de prendre son avis.

o Si le patient n'est pas suivi par un psychiatre, il est recommandé soit d'utiliser la dose minimale antidépresseur 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, 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.

o 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 3 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 psycho-sexologique.

≠ 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.

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 dysfonction érectile.

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 PDE5 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 dysfonction érectile 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 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 PDE5 sans prise en charge d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux, d'un trouble de la personnalité 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 psycho-sexologie, que ce soit avec le traitement oral de la DE, les injections intra-caverneuses 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.

REALISATION 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 en discutant les bénéfices, les risques, le coût, en fonction des besoins du patient et de son couple. (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 2ème consultation. Il faudra, si nécessaire, et avec l'accord du patient, intégrer la partenaire au diagnostic et au traitement.

A la fin de cette évaluation médicale, sexuelle et psycho-sociale, 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 dysfonction érectile sans facteurs de complexité : c'est-à-dire secondaire, isolée (sans autre trouble sexuel au premier plan), dont l'ancienneté ne paraît pas être 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 1ère intention.

Un suivi est indispensable : le médecin devra systématiquement reconvoquer son patient 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 la satisfaction du couple.

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

- ≠ De réévaluer l'histoire de la DE et le fonctionnement sexuel du couple
- ≠ D'expliquer à nouveau les modalités de la prescription, l'utilité de la répétition des essais (4 à 6 essais sont nécessaires avant de conclure à l'inefficacité du traitement au dosage initial).
- ≠ D'augmenter le dosage, si les essais répétés ont été inefficaces, jusqu'au dosage maximum disponible.
- ≠ De réévaluer les interactions médicamenteuses,
- ≠ De réétudier le contexte psychologique ou d'éventuelle conjugopathie,
- ≠ De réévaluer le statut endocrinien et d'envisager l'intérêt d'une androgénothérapie associée aux iPDE 5 en cas de déficit androgénique.
- ≠ De rechercher une anomalie organique ou non, 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 psycho-sexologique 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 complexe, il optera d'emblée pour une prise en charge collégiale avec le spécialiste adapté (Figure 1):

- Si une pathologie d'organe est suspectée :
 - ≠ le patient sera adressé au cardiologue si un bilan cardiologique est nécessaire (cf consensus de Princeton). Il peut être adressé également à l'angiologue si un bilan vasculaire est indiqué.
 - ≠ le patient sera adressé à l'urologue :

o 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,

o après un important traumatisme pelvi-périnéal 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 neuro-rééducateur (c'est-à-dire au confrère spécialiste adapté, dans le réseau géographique du médecin généraliste) pour instauration des traitements locaux, sauf si, parfaitement formé, le médecin généraliste peut les instaurer lui-même.

o Injections intra-caverneuses si l'indication en est posée : contre-indication aux iPDE5, échec du traitement oral, préférences du patient ou DE postopératoire (cystectomie totale pour cancer...)

o ou vacuum, selon les préférences du patient.

- Lorsqu'une problématique chez la partenaire est suspectée :

≠ Un avis sera demandé au gynécologue s'il s'agit d'une pathologie gynécologique que le médecin traitant ne peut pas prendre en charge.

≠ Un avis sera demandé au sexologue s'il est suspecté une dysfonction sexuelle chez elle.

- Dans tous les cas, la coopération entre le médecin généraliste et le spécialiste est très importante pour que le patient adhère à sa prise en charge.

Un suivi par le médecin généraliste est indispensable après l'avis donné par le spécialiste, même si celui-ci a instauré une prise en charge thérapeutique : il faut élaborer une " co-thérapie " ; le médecin généraliste reste le référent et revoit son patient de temps en temps pour assurer la continuité du soutien psychologique et évaluer ses progrès thérapeutiques.

Recherches bibliographiques

Medline (National Library of Medicine, États-Unis), Pascal (CNRS-INIST, France), Cochrane Library (Grande-Bretagne), BDSP : Banque de données en santé publique (France), Sociétés savantes compétentes.

La recherche sur la base de données MEDLINE a privilégié la sensibi-

lité 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 ont été examinées et 394 ont été citées dans le texte long (disponible sur le site de l'AIHUS : www.aihus.fr).

Remerciements

Le financement de ce travail a été assuré par l'industrie pharmaceutique; ont accordé leur participation : AMS, BAYER, LILLY ICOS, MENTOR-PORGES, PFIZER, SANOFI-AVENTIS, SCHWARZ PHARMA.

Membres du Groupe de Lecture

Edouard AMAR, urologue, Paris; Michel AMOUYAL, médecin généraliste, Codognan; Nicole ARNAUD-BEAUCHAMPS, sexologue, La Rochelle; Michel AUBRY, psychiatre, Marseille; Pascal AUQUIER, épidémiologiste, Marseille; Christian AVIERINOS, cardiologue, Marseille; Anne BATEL, médecin généraliste, Gimont; Albert BARBARRO, sexologue, Paris; Michel BEAUGÉ, sexologue, Quimper; Ellen BENHAMOU, épidémiologiste, Paris; Farida Benimah GAYRARD, médecin généraliste, Kamel BEN NAOUM, urologue, Nîmes; Charles BERDOUGO, sexologue, St Thibault des Vignes; Jean Pierre BLANCHERE, gynécologue, Caen; Patrick BLANCHÈRE, sexologue psychiatre, Aix les Bains; Michèle BONAL, gynécologue; Luc BRASSART sexologue, Tourcoing; Philippe BRENOT, psychiatre, Paris; Brigitte BROUSSOUX endocrinologue, Paris; Catherine CABANIS, gynécologue, Toulouse; Christine CAMBON, gynécologue, Toulouse; Marie-Christine CHARMOY-REYJAL, endocrinologue, Périgueux; Marie CHEVRET-MEASSON, psychiatre, Lyon; Pascal COLAS, sexologue, Lyon; Francis COLLIER, gynécologue, Lille; André CORMAN, sexologue, Toulouse, David COSTA, médecin généraliste, Nîmes; Isabelle DAGOUSSET, gynécologue, Paris; Philippe DE BOISSISSON, urologue, Ris Orangis; Michelle DECQ, médecin généraliste, Paris ; Dominique DELAVIERRE, urologue, Orléans; Pierre DEMOLIS, cardiologue ; Pierre DESVAUX, angiologue, Paris; Patrick DUTILLEUL, médecin généraliste, Le Cailar; Valérie ESTINGOY- DUPONT, médecin généraliste, Gimont; Jean FARISSE, psychiatre, Marseille; Michel FEBVRE, sexologue, Levallois Perret; Michèle FERROUL, sexologue, Villeneuve d'Ascq; Yves FERROUL, médecin généraliste sexologue, Villeneuve d'Ascq; Marielle GAU, sexologue, Montpellier; Michel GEFFRAULT, médecin généraliste, Bordeaux; Nadine GRAFEILLE, psychiatre, Bordeaux; François GIULIANO, urologue, Paris; Elisabeth GUILLEBAUD, sexologue, Toulouse; Michèle GUEDJ-SAAL, gynécologue, Livry Gargan; Nelly HOMASSON, gynécologue, Paris; Catherine HUREL-GILLIER, sexologue, Caen; Michel ICHÉ, médecin généraliste, Toulouse; Christian JOLLY, gynécologue, Caen; Jean Paul KORNOBIS, médecin généraliste, Lille; Michèle LACHOWSKY, gynécologue, Paris; Christophe LANCON, psychiatre, Marseille; Dominique LAUTON, endocrinologue, Montpellier; Thierry LEBRET, urologue, Paris; Hervé LEJEUNE, endocrinologue, Lyon ; Christine LEMAIRE, endocrinologue, Lille; Jean François LEYS, médecin généraliste, Sainghin en Weppes Michel LOMBARD, médecin généraliste, Gagny; Jean Claude LUCAS, médecin généraliste, Portet sur Garonne; Martine LUGAGNE-DELPON, médecin généraliste, Paris; Sylvie MANCHE, gynécologue, Coulommiers; Christophe MARX, sexologue, Nîmes; Patrick MESSNER, Cardiologue, Nîmes; Joëlle MIGNOT, psychologue sexologue, Le Raincy; Sylvain MIMOUN, gynécologue andrologue, Paris; Olivier MONTAIGNE, urologue, Lille; Michèle NAOURI, gynécologue, Paris; Jean PEYRANNE, médecin généraliste sexologue, Toulouse; Pierre PLANTE, urologue, Toulouse; Martine POTENTIER, kinésithérapeute sexologue, Marseille; Robert PORTO, psychiatre, Marseille; Xavier POUDAT, psychiatre, Nantes; Gérard RIBES, psychiatre, Lyon; Jean Marc RIGOT, urologue, Lille; Jacques ROLLET, endocrinologue, Lyon; Michèle SAAL, gynécologue, Paris; Michel SAUER, cardiologue, Toulouse; Bruno SERGENT, médecin généraliste, Paris; Arnaud SEVENE, sexologue, Paris; Louis SIBERT, urologue, Rouen; Eric TANNEAU, psychiatre, Paris; Jean Louis THOUMIEUX, médecin généraliste, Vanves; Jean TIGNOL, psychiatre, Bordeaux; Eric TISON, cardiologue, Lille; Jacques TOSTAIN, urologue, Saint Etienne; Paul TOUBOUL, cardiologue, Lyon ; Véronique TREUTHARD, médecin généraliste, Montrouge; Laurent WAGNER, urologue, Nîmes.