

Dysfonction érectile :

Que faire lorsqu'elle résiste aux traitements médicamenteux oraux ?

Mercredi 16 novembre, 14h30, salle Havane

Contact AFU : professeur François Giuliano (Garches) giuliano@cyber-sante.org

Dans les pays occidentaux, 20 à 45 % des hommes sont ou seront un jour concernés par les troubles de l'érection¹. Selon l'étude ENJEU, réalisée en 2009, en partenariat avec l'AFU², la dysfonction érectile concerne 68 % des hommes qui consultent en urologie, 44 % d'entre eux souffrant d'une DE sévère, affectant de manière importante leur qualité de vie.

Les traitements de 1^{ère} intention sont les comprimés de la classe des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5. Bien connus du public, ils donnent de très bons résultats chez une majorité de patients ; cependant, chez environ un patient sur 3 (toutes causes de dysfonction érectile confondues), ils ne suffisent pas.

- Quels traitements de 2^{ème} voire de 3^{ème} intention peut-on alors proposer au patient ?
- Quelle stratégie choisir en accord avec lui, en intégrant si possible sa (ou son) partenaire à la discussion afin d'obtenir une meilleure compliance ?

Dans le cadre de la séance plénière du jeudi 16 novembre (14 heures), la table ronde animée par le professeur François Giuliano (Garches), consacrée à la dysfonction érectile résistant aux médicaments oraux, apportera des réponses précises, intégrant les recommandations nationales et internationales.

Qu'est-ce que la dysfonction érectile ?

On parle de dysfonction érectile devant l'incapacité répétée (il ne s'agit en aucun cas d'un évènement isolé) :

- d'obtenir une érection
- d'obtenir une érection suffisamment rigide pour permettre une pénétration
- de maintenir l'érection après la pénétration.

La dysfonction érectile peut avoir de multiples origines : Si l'âge, la fatigue, l'anxiété, les troubles d'ordre psychologiques voire psychiatriques, les problèmes au sein du couple jouent, bien évidemment, la dysfonction érectile, d'autant plus que l'homme vieillit, a très souvent une cause organique (cardiovasculaire en premier lieu, diabète, maladie neurologique, ...). Dans certains cas elle en est même le révélateur.

Enfin, elle peut être la conséquence d'une intervention chirurgicale à visée carcinologique (par exemple, la prostatectomie radicale) ou d'une radiothérapie pelvienne.

¹ <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003440105000276>

² <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/prevalence-de-la-dysfonction-erectile-chez-les-patients-consultant-en-urologie-lenquete-enjeu.html>

1. Quelques rappels sur les inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5 (IPDE-5) prescrits en 1^{ère} intention :

Apparus à la fin des années 90, Les IPDE-5 ont révolutionné la prise en charge de la dysfonction érectile. Ces médicaments très efficaces³ agissent en provoquant la relaxation des cellules musculaires lisses des artères péniennes et du tissu intracaverneux, permettant ainsi l'afflux de sang nécessaire à l'érection. Ils facilitent l'érection mais ne la provoquent pas. L'érection demeure naturelle.

Cependant, ils ne parviennent pas à traiter tous les cas de dysfonction érectile, notamment lorsque le trouble est la conséquence :

- d'une prostatectomie totale
- d'un diabète
- d'une maladie cardiovasculaire sévère

Le médecin doit alors proposer un traitement de deuxième intention.

En cours d'évaluation : l'association IPDE-5 ET testostérone :

Lorsque le patient souffre de troubles de l'érection et présente un niveau de testostérone bas (testostéronémie $\leq 3\mu\text{g/ml}$), il est possible de proposer une bithérapie associant IPDE-5 et supplémentation en testostérone.

Cette bithérapie est en cours d'évaluation et semble intéressante chez certains patients. Elle ne peut être prescrite sans un bilan initial permettant d'exclure l'existence d'un cancer de la prostate. (Cf. *Shabsigh R et al. J Urol 2004;172(2):658-63* **Buvat J et al, J Sex Med. 2011, 8:284-293**)

2. Les traitements proposés en 2^{ème} intention :

En cas d'échec des IPDE-5, selon les recommandations internationales, le médecin doit simultanément présenter au patient les deux solutions alternatives de deuxième intention :

- les injections intracaverneuses
- le vacuum

Il ne s'agit plus d'érections naturelles, comme celles facilitées par les comprimés, mais d'érections artificielles, induites, de manière pharmacologique ou mécanique. Outre un apprentissage médicalisé, elles nécessitent, une bonne communication au sein du couple et la collaboration de la (ou du) partenaire.

³ Très efficaces mais coûteux (>10 euros par comprimé) et non remboursés.

Les injections intracaverneuses :

Elles consistent à injecter dans la verge de la prostaglandine E1 ou alprostadil qui provoque un afflux de sang artériel et donc l'érection.

La dose de prostaglandine E1 à injecter est déterminée par le médecin, sachant qu'en France, l'Autorisation de Mise sur le Marché spécifie qu'elle ne doit pas dépasser 20µg.

Par ailleurs, l'utilisation de cette solution thérapeutique est limitée à deux injections par semaine selon l'AMM. La délivrance intra-urétrale de prostaglandine E1 est également possible à l'aide d'un dispositif à usage unique. Son utilisation est limitée.

Les avantages :

Les injections intracaverneuses donnent de très bons résultats et n'ont pour contre-indications que la drépanocytose et les antécédents de priapisme.

Elles présentent aussi l'avantage d'être remboursées à 35 % dans les cas ci-dessous :

- paraplégie et tétraplégie quelle qu'en soit l'origine
- traumatisme du bassin, compliqué de troubles urinaires
- séquelles de chirurgie (anévrisme de l'aorte, prostatectomie radicale, cystectomie totale, exérèse colorectale ou de radiothérapie abdominopelvienne)
- séquelles du priapisme
- neuropathie diabétique avérée
- sclérose en plaques.

Les inconvénients :

Les injections intracaverneuses nécessitent l'apprentissage du geste et peuvent être douloureuses. Enfin, il existe un risque de priapisme si la détermination de la posologie optimale n'a pas été correctement réalisée.

Le vacuum :

Le vacuum est un appareil dans lequel on place le pénis. Une fois le pénis dans l'appareil, un système de pompe permet de faire le vide. La dépression provoque alors de manière mécanique l'afflux de sang dans la verge, à l'origine de l'érection : celle-ci est maintenue grâce à un anneau de compression disposé à la base du pénis et disparaît lorsque l'on retire l'anneau.

Les avantages :

Ce dispositif a l'avantage de permettre une érection sans apport pharmacologique.

Les inconvénients :

Le vacuum nécessite un certain entraînement et surtout l'adhésion des deux partenaires, qui doivent surmonter le manque de charme.

Son coût est d'environ 300 euros qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie mais représentent un investissement durable.

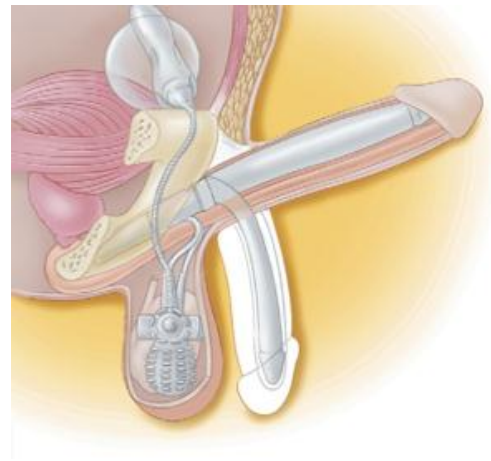
Injections intracaverneuses et vacuum permettent de traiter la majorité des échecs des IPDE-5. Dans les rares cas où ces traitements ne sont pas envisageables ou mal tolérés par le patient, il existe des traitements de 3^{ème} intention : les implants péniers.

Les implants péniers :

Les implants péniers consistent à remplacer les tissus érectiles par une prothèse semi-rigide ou gonflable, posée lors d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

Les prothèses semi-rigides :

L'implant semi-rigide, une prothèse malléable qui confère de la rigidité au pénis en toute circonstance. Lorsque le patient souhaite avoir un rapport, il lui suffit de placer la prothèse dans la bonne position pour parvenir à la pénétration.



L'implant gonflable :

C'est celui que l'on pose le plus fréquemment (dans environ $\frac{3}{4}$ des cas⁴). L'implant gonflable est d'une utilisation plus souple que l'implant semi-rigide. Il est doté d'un réservoir qui va permettre d'obtenir la rigidité au moment voulu, grâce à l'action d'une petite pompe située dans le scrotum. À la fin du rapport, une manœuvre simple permet de retrouver un pénis flaccide.

⁴ : <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/protheses-peniennes-evaluation-multicentrique-des-pratiques-resultats-dune-serie-de-282-impl.html>



Les avantages des implants péniers:

Lorsqu'ils sont implantés à bon escient, ils apportent un très fort taux de satisfaction (86,7 %, selon une étude publiée dans *Progrès en Urologie* en 2007⁵) notamment du fait de leur souplesse d'utilisation.

Leurs inconvénients :

Ces prothèses nécessitent parfois une réintervention : soit du fait d'un dysfonctionnement du dispositif, soit à la suite d'une infection.

S'il s'avère alors nécessaire de retirer définitivement la prothèse, il n'existe plus de solution de 4^{ème} intention, les corps caverneux ayant été retiré lors de la pose de l'implant.

En France, moins de 500 prothèses péniennes sont posées, chaque année, contre 20 000 aux Etats-Unis, des chiffres qui témoignent de l'influence de la culture dans la prise en charge de la dysfonction érectile.

Et aussi...

Au congrès de l'AFU, sur une thématique voisine : Les contrefaçons de médicaments : l'exemple des IPDE-5), vendredi 18 novembre, 9h40, salle Bordeaux.

⁵ : <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/protheses-peniennes-evaluation-multicentrique-des-pratiques-resultats-dune-serie-de-282-impl.html>