

## La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ?

Pierre COSTA (1), Thierry GRIVEL (2), François GIULIANO (3), Philippe PINTON (4),  
Edouard AMAR (5), Antoine LEMAIRE (6)

(1) Service d'Urologie et Andrologie, Groupe Hospitalo-Universitaire Carémeau, Nîmes, France, (2) Nice, France,  
(3) Service d'Urologie, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France, (4) Lilly France, Suresnes, France, (5) Paris, France, (6) Lille, France

### RESUME

**La dysfonction érectile (DE) est un trouble fréquent affectant la qualité de vie sexuelle et relationnelle de l'homme.**

**En France, les études épidémiologiques montrent que la prévalence de la DE est estimée entre 11 % et 44 % et les enquêtes de prévalence font apparaître une corrélation entre DE et âge : entre 40 et 70 ans le risque relatif de dysfonction érectile est multiplié par 2 à 4.**

**Peu de patients consultent leur médecin et seulement une faible partie d'entre eux bénéficie d'une prise en charge thérapeutique, et d'autre part, peu de médecins prennent l'initiative et abordent la question de la sexualité de leurs patients.**

**Il est aujourd'hui nécessaire de bien comprendre la dysfonction érectile et d'amener la prise de conscience de l'utilité de dépister ou en tout cas d'explorer un trouble de l'érection qui peut être le premier symptôme d'une pathologie en cours telle qu'une affection cardio-vasculaire, un diabète, une dépression, une hypertrophie bénigne de la prostate, un cancer prostatique, un déficit androgénique ou également la conséquence d'une iatrogénie médicamenteuse.**

**La mise en évidence de troubles érectiles représente donc une excellente opportunité pour effectuer un bilan de santé, car plus d'un tiers des patients ayant une DE ignorent leur problème de santé sous-jacent et les prendre ainsi en charge s'inscrit dans une véritable démarche de médecine préventive.**

*Mots clés : Dysfonction érectile, déficit androgénique, symptôme sentinelle, inhibiteur de la phospho-diesterase 5.*

La dysfonction érectile (DE) ou insuffisance érectile est un trouble fréquent affectant la qualité de vie sexuelle et relationnelle de l'homme et est définie comme étant l'incapacité d'obtenir et/ou maintenir une érection suffisante pour l'accomplissement d'un rapport sexuel [11]. Il est aujourd'hui nécessaire de bien la comprendre et d'amener la prise de conscience de l'utilité de dépister ou en tout cas d'explorer un trouble de l'érection qui peut être le premier symptôme d'une pathologie en cours telle qu'une affection cardio-vasculaire (HTA, coronaropathie silencieuse, dyslipémie, ...), un diabète, une dépression, une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), un cancer prostatique, un déficit androgénique ou également la conséquence d'une iatrogénie médicamenteuse.

En France, les études épidémiologiques montrent que la prévalence de la DE est estimée entre 11% et 44% [8, 11], selon que l'on considère des tranches d'âge différentes ou des niveaux de dysfonctions érectiles d'intensité légères, modérées ou sévères. Toutes les enquêtes de prévalence font par ailleurs apparaître une corrélation entre DE et âge : entre 40 et 70 ans le risque relatif de dysfonction érectile est multiplié par 2 à 4 et l'âge seuil semble se situer entre 50 et 60 ans. Le taux de prévalence de 31,6% retrouvé en France se situe entre des taux plus élevés rapportés en Finlande (74 %), aux Etats-Unis (52%) et des taux plus faibles observés en Grande Bretagne (26%), en Allemagne (19%) ou encore en Espagne (19%) [11]. Une étude récente datant de 2002 réalisée auprès d'une population de plus de 5 000 hommes âgés de 18 à 70 ans, trouve une prévalence de la dysfonction érectile de 25%, corréliée à l'âge (44% chez les plus de 45 ans) [8].

Plusieurs études ont confirmé que l'insuffisance érectile était à l'origine d'une importante souffrance chez l'individu qui en est atteint ainsi que chez sa partenaire et ont démontré l'importance du bénéfice apporté par la correction des troubles érectiles [4, 10].

Peu de patients consultent leur médecin et seulement une faible partie d'entre eux bénéficie d'une prise en charge thérapeutique. Une enquête menée en Italie [13], auprès de 12.671 hommes ayant appelé un numéro vert d'informations consacrées à la DE, a montré que près de 57% des sujets avaient parlé de leurs troubles à leur partenaire mais qu'ils n'étaient plus que 50,3% à en avoir parlé à leur médecin (médecin généraliste et urologue) et cela après au moins 3 ans d'évolution de leurs troubles érectiles.

Par ailleurs, peu de médecins prennent l'initiative et abordent la question de la sexualité de leurs patients [8, 11]. Contrairement à ce que les patients souhaiteraient, il est rare que le médecin généraliste s'intéresse spontanément à la santé sexuelle de ses patients, même âgés. La mise en évidence de troubles érectiles est pourtant une excellente opportunité pour effectuer un bilan de santé (avec

Manuscrit reçu : juillet 2004, accepté : février 2005

Adresse pour correspondance : Dr. T. Grivel, 159, avenue Sainte-Marguerite, 06200 Nice.  
e-mail : thierrygrivel@aol.com

Ref : COSTA P., GRIVEL T., GIULIANO F., PINTON P., AMAR E., LEMAIRE A. Prog. Urol., 2005, 15, 203-207

examen clinique complet du patient et d'éventuelles explorations complémentaires, si nécessaire), dans la mesure où la DE est souvent le premier signe d'atteintes cardio-vasculaires, d'un diabète ou d'une dépression. Plus de 30% des patients ayant une DE ignorent leur problème de santé sous-jacent [12] et les prendre ainsi en charge s'inscrit dans une véritable démarche de médecine préventive.

Cet article se propose de discuter l'intérêt d'explorer une DE par rapport à plusieurs grandes pathologies.

## DE ET PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

La dysfonction érectile est associée à une haute prévalence de maladies cardio-vasculaires occultes. De nombreux patients peuvent présenter une DE comme premier symptôme d'une maladie cardio-vasculaire sous-jacente et cette DE doit être considérée comme le signal d'alarme de l'existence potentielle d'une cardiopathie ischémique, non encore diagnostiquée. La prévalence de la dysfonction érectile est plus élevée lors de cardiopathie notamment ischémique et de pathologie vasculaire périphérique. Dans l'enquête de CHEW, la prévalence de la dysfonction érectile est de 38,1% lors de cardiopathie ischémique et de 56,8% lors de pathologie vasculaire périphérique contre 18,6% dans la population générale [6]. Dans l'enquête de PARAZZINI, la prévalence de la DE est de 33,7% lors de pathologie cardio-vasculaire contre 12,8% dans la population générale [20]. La dysfonction érectile est donc un marqueur cardio-vasculaire et un signal d'alerte. L'étude de MONTORSI montre que 49 % des patients ayant une atteinte des artères coronaires documentée par angiographie présentent une dysfonction érectile de manière concomitante et que cette condition conduit par la suite à l'apparition de symptômes angineux dans plus de 70% des cas [17]. Dans une population de patients suivis en cardiologie et présentant une dysérection, 40% d'entre eux ont une coronaropathie. Une autre population de 174 patients avec DE a été suivie à la fois par des urologues et des cardiologues. Parmi ces patients, 30% d'entre eux ont été identifiés comme étant à risque cardio-vasculaire intermédiaire ou élevé et le traitement pour leur DE a été reporté en attente d'une évaluation cardiologique ultérieure. De plus ces patients présentaient dans 37% des cas un profil lipidique anormal, dans 24% des cas un niveau d'hémoglobine glycosylée élevée, dans 17% des cas une hypertension artérielle (HTA) non contrôlée et dans 6% des cas une angine de poitrine [26].

Une hyperlipidémie est fréquemment retrouvée chez les patients présentant une DE. Il est important de mesurer le taux de HDL-C et le rapport TC/HDL-C si l'on veut évaluer chez ces patients le risque de développer une cardiopathie ischémique. Le risque est plus important chez les patients ayant des taux de HDL-C inférieurs à 35 mg/ml et un rapport TC/HDL-C élevé.

En cas de troubles vasculaires périphériques dus à l'artériosclérose, les patients vont présenter en premier lieu une DE en raison de la plus grande sensibilité de la vascularisation pénienne à toute modification hémodynamique, même mineure. Quand le processus artérioscléreux se développe, entraînant une diminution de la lumière des artères coronaires supérieure à 50%, les signes cliniques typiques apparaissent, comme l'angor par exemple. On sait aujourd'hui qu'à partir du moment où la symptomatologie clinique de la cardiopathie ischémique apparaît, le patient avait présenté des signes d'une DE depuis au moins déjà 3 ans. Au moment de l'apparition des signes angineux, la prévalence de la DE varie entre 44% et 65%. Il paraît donc évident que la DE représente un des premiers signes cliniques évidents de l'existence d'une pathologie vas-

culaire sous-jacente beaucoup plus diffuse. La DE est donc ce que l'on pourrait appeler "la partie visible de l'iceberg" [18].

Ces constatations permettent à certains de suggérer que les cardiologues sont directement impliqués dans la prise en charge des patients ayant des facteurs de risque cardio-vasculaires et se plaignant de troubles érectiles afin d'évaluer le risque de pathologie cardio-vasculaire sous-jacente [26].

## DE ET DIABETE

Le diabète de type II est une maladie généralement d'évolution silencieuse, diagnostiquée souvent 9 à 12 ans après son début, qui rivalisera bientôt avec le cancer et les maladies cardio-vasculaires en terme de coût et de souffrance. Les complications liées au diabète peuvent apparaître dès le début de cette maladie mais rester silencieuses pendant de longues années.

Malgré une prise en charge thérapeutique extrêmement codifiée et les nombreux traitements du diabète disponibles, il faut insister chez ces patients sur un dépistage précoce de leur maladie, la prévention (contrôle de la glycémie) et la correction des facteurs de risques associés, car bien souvent les complications du diabète, installées au moment du diagnostic, resteront irréversibles. D'où la nécessité de rester vigilant et de rechercher l'existence d'un diabète de type II chez tout homme pouvant avoir un signe d'appel. Dans environ 10% des cas l'insuffisance érectile révèle le diabète. La recherche d'une hyperglycémie permettra donc de diagnostiquer le diabète et de permettre de débiter immédiatement sa prise en charge.

Il sera aussi utile de traiter la DE, car les patients diabétiques, et en particulier ceux qui souffrent d'une dysfonction érectile, sont convaincus que la DE a un impact majeur sur leur qualité de vie et qu'elle est aussi importante à traiter que les autres complications associées au diabète, comme par exemple la rétinopathie, les ulcérations plantaires, l'HTA, l'hypercholestérolémie, la migraine et les troubles de la digestion et du sommeil [2].

Le développement des troubles érectiles chez les patients diabétiques est souvent la conséquence de plusieurs mécanismes interagissant entre eux, tels que les atteintes vasculaires, les dysfonctions endothéliales, les neuropathies, les déséquilibres hormonaux la prise de certains médicaments.

A noter que chez des patients diabétiques présentant un déficit androgénique et souffrant également d'une DE, le THS par testostérone permet à la fois de corriger les symptômes liés au déficit androgénique (y compris les troubles érectiles), de faire baisser le poids (surtout la masse grasse) et de contrôler les paramètres glucidiques (taux du glucose sérique et hémoglobine glycosylée) [15].

## DE ET HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

L'adénome de la prostate ou hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) est une tumeur bénigne dont la prévalence histologique est extrêmement élevée. Tous les hommes porteurs d'une HBP histologique n'en souffrent pas. La prévalence des troubles urinaires liés à l'existence d'une obstruction cervico urétrale secondaire, ou HBP symptomatique, varie en France de 8% entre 50 à 59 ans jusqu'à 27% entre 70 et 79 ans [7]. Une HBP est souvent retrouvée chez les patients âgés se plaignant de dysfonctions érectiles.

Au même titre que d'autres atteintes non tumorales telles que les

maladies cardio-vasculaires et la dépression, l'HBP et la DE font partie des pathologies ayant un impact très péjoratif sur la qualité de vie des sujets.

La présence d'une HBP diminue aussi la qualité de vie des partenaires des patients porteurs d'une HBP. Une étude menée par SELLS a permis de montrer, grâce au développement d'une échelle de qualité de vie spécifique, que l'HBP entraînait d'importants retentissements sur la qualité de vie chez les partenaires de patients atteints de cette maladie, avec notamment l'apparition de troubles du sommeil, la peur que leur compagnon ait un cancer, la crainte de la chirurgie et une sérieuse altération dans leur vie sexuelle [25].

HBP et DE apparaissent fortement liés. Dans une enquête menée en Allemagne auprès de 4883 hommes âgés de 30 à 80 ans, la prévalence de la DE a été de 19,2%, augmentant rapidement avec l'âge (2,3% entre 30 et 39 ans, 53,4% entre 70 et 80 ans). Les sujets avec DE présentaient plus de symptômes du bas appareil urinaire, principalement liés à une HBP, avec une prévalence de 72,2% contre 37,7% chez les hommes sans DE [3].

Une relation claire entre HBP, sévérité des troubles mictionnels et troubles de la sexualité est maintenant admise. Une enquête menée en France auprès de 3500 hommes âgés de 50 à 80 ans a retrouvé une altération du désir sexuel, de la fonction sexuelle et de la satisfaction sexuelle chez plus de 30% des sujets se plaignant de troubles du bas appareil urinaire [21]. Les troubles de la sexualité sont, dans cette enquête étroitement corrélés avec la sévérité des symptômes urinaires, quel que soit l'âge des sujets. Ces données viennent d'être confirmées par une enquête internationale menée sur près de 14000 hommes âgés de plus de 50 ans [23]. La présence et la sévérité de troubles mictionnels liés à l'HBP sont effectivement des facteurs de risque indépendants de développer une dysfonction érectile ainsi que des troubles de l'éjaculation. La prévalence des troubles sexuels augmente parallèlement à celle des troubles mictionnels. Il n'existe pas de relation entre les troubles sexuels et la présence ou l'absence d'autres facteurs de comorbidité comme le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires et l'hypercholestérolémie. Ces résultats mettent au premier plan l'importance d'évaluer les troubles mictionnels chez les patients présentant une DE ainsi que la nécessité de reconsidérer la sexualité dans la prise en charge des patients porteurs d'une hypertrophie bénigne de la prostate.

### DE ET CANCER PROSTATIQUE

L'AFU recommande un dépistage du cancer prostatique chez l'homme de plus de 50 ans avec le dosage du PSA et un toucher rectal pratiqués systématiquement chaque année [28]. Une DE peut être l'occasion d'interroger et d'explorer (PSA) un homme encore jeune sans troubles mictionnels et favoriser ainsi un diagnostic précoce.

### DE, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

Dépression et dysfonction érectile apparaissent souvent de manière simultanée, toutefois il est difficile de déterminer la relation causale. En effet, la DE peut être un des symptômes de la dépression, mais l'anxiété et l'anxiété liées à la DE peuvent précipiter l'apparition de la dépression.

L'anxiété joue un rôle majeur dans le développement des problèmes liés à la DE. Les réactions psychologiques ou comportementales

face à la DE peuvent conduire à la création d'un cercle vicieux source de conflits et d'insatisfaction. Cela va diminuer le nombre des actes sexuels, limiter le temps partagé par le couple et entraîner un manque de communication entre les partenaires lors d'une relation. Pour améliorer cet état d'anxiété sexuelle, plusieurs solutions sont possibles : des conseils psychosexuels incluant une explication détaillée des mécanismes de la DE, une réassurance du patient et une proposition de prise en charge, à la fois psychologique et pharmacologique, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire [1].

La prévalence des troubles sexuels est importante chez les patients souffrant d'une dépression majeure. Ces dysfonctions sexuelles sont rarement prises en charge de manière optimale. Les antidépresseurs majorent bien souvent ces troubles, certaines classes thérapeutiques étant mieux tolérées que d'autres. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) sont souvent incriminés. Les DE associées à la prise de médicaments antidépresseurs peuvent être traitées efficacement par la prise orale d'IPDE5 [19].

A l'inverse, la dépression a souvent une cause sexuelle, même si elle n'est pas toujours mise en avant. Les patients présentant une DE sont plus volontiers dépressifs. L'angoisse et la détresse psychologique liées à leurs troubles érectiles peuvent entraîner l'apparition d'une véritable dépression. Une étude menée aux USA a retrouvé la présence d'une DE accompagnée d'une dépression avec une prévalence de 5,1% au sein d'une population d'hommes âgés de 40 à 70 ans et suivis dans le cadre de consultations de médecine générale [24]. Des recherches sont actuellement en cours pour identifier les liens existant entre dysfonction érectile, andropause et dépression afin d'envisager de nouvelles opportunités pour aborder les différents facteurs de co-morbidité associés à l'âge.

L'association entre dépression, cardiopathie ischémique et mortalité cardiovasculaire est aujourd'hui bien documentée. Les patients souffrant d'une cardiopathie ischémique et qui sont déprimés sont plus enclins à présenter des difficultés d'érection. Pour eux, une tentative de rapport sexuel est souvent plus infructueuse, et compte tenu de l'augmentation de la mortalité cardiaque associée à la dépression, cette tentative risque d'être la cause d'un accident cardiaque majeur.

### DE ET DÉFICIT ANDROGÉNIQUE

La DE peut être le symptôme inaugural d'un déficit androgénique évoluant déjà depuis quelques temps. L'étude des patients traités montre que le traitement androgénique permet de restaurer la libido et une activité sexuelle satisfaisante. L'amélioration de la sexualité passe vraisemblablement par une intervention sur le désir, car aucun lien direct n'a été retrouvé entre taux de testostérone et qualité de l'érection [16]. Il existe également une amélioration de la qualité du sommeil, une diminution de la fatigue aussi bien physique que psychique, une amélioration de l'humeur, des comportements et de la sensation de bien-être. La mémoire spatiale et verbale s'améliore [5].

La restauration d'un taux physiologique d'androgènes accroît la masse maigre et plus spécifiquement la masse musculaire, réduit la masse grasse, augmente la force musculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs. On sait aussi depuis longtemps que l'hypogonadisme est une étiologie possible de l'ostéoporose chez l'homme. La testostérone va relancer la formation osseuse. Ainsi les essais comportant une administration prolongée de testostérone, à doses suffisantes, mettent en évidence une augmentation de la densité osseuse au niveau du rachis lombaire.

L'androgénothérapie améliore plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires : diminution du cholestérol total et de la fraction LDL (même si ceci pouvait être contrebalancé par la diminution de la fraction HDL), diminution de la masse grasse et amélioration de l'insulinorésistance.

Au niveau de la sécurité, l'androgénothérapie de l'homme mûr a soulevé beaucoup d'interrogations, liées essentiellement au caractère androgéno-dépendant du cancer de la prostate. De fait, ce dernier contre-indique formellement l'instauration ou la poursuite d'une androgénothérapie [22]. En pratique, une évaluation prostatique (toucher rectal, PSA, mais pas d'échographie) est nécessaire avant de prescrire de la testostérone. Ainsi peut être décelé précocement un cancer, même s'il n'est pas possible d'éliminer formellement un cancer infraclinique (en particulier en cas de PSA normales hautes). La découverte d'un cancer prostatique au stade de début, pourrait s'avérer particulièrement bénéfique chez les patients présentant une hypotestostéronémie. Les cancers localisés de la prostate sont plus agressifs chez les sujets en déficit androgénique que chez ceux ayant une testostéronémie normale, et des taux abaissés de testostérone sont associés à une élévation du nombre de cancers et prédisent une tumeur plus agressive.

Par contre, il n'existe aucun argument pour affirmer que l'hormonothérapie favorise la création de nouveaux cancers. Dans la plupart des études épidémiologiques (mais pas dans toutes), le taux de testostérone plasmatique n'est pas corrélé avec le risque de cancer prostatique [9].

## DE ET MEDICAMENTS

Comme nous l'avons déjà vu, une DE peut survenir au décours d'un traitement médicamenteux, mais pouvoir affirmer de manière certaine que des médicaments seraient responsables de la survenue d'une DE est souvent difficile. Certains médicaments incriminés servent déjà eux-mêmes à traiter des pathologies favorisant l'apparition d'une DE : antidépresseurs, psychotropes, antihypertenseurs, hypoglycémisants, vasodilatateurs, antihistaminiques H2, statines et fibrates par exemple.

L'étude THOMS [27] montre que l'effet des bêtabloquants et des diurétiques n'est pas si différent de celle du placebo. La baisse de libido est équivalente sous bêtabloquants et sous placebo (11%), mais supérieure sous diurétiques et IEC (15-16%) par rapport au placebo. Les effets sur la fréquence des rapports sexuels sont supérieurs sous bêtabloquants (18%) par rapport au placebo (13%) ainsi que sous diurétiques et IEC (20-22%) par rapport au placebo (13%).

Dans une méta analyse de six études ayant évalué 14 897 patients hypertendus, la dysfonction sexuelle touche 21,6% des patients traités par bêtabloquants contre 17,4% pour les patients sous placebo. D'autres études viennent confirmer le rôle délétère des bêtabloquants, l'arrêt du traitement par les bêtabloquants pour cause de dysfonction sexuelle ayant été estimé à 1 sur 438 patients traités par an [14].

## CONCLUSION

Tous les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes se doivent de reconnaître l'importance de diagnostiquer et de prendre en charge la DE. D'une part parce qu'une bonne prise en charge permettra d'améliorer l'état psychologique de son patient (et de sa partenaire). Mais aussi parce que d'autre part ces troubles sont fré-

quemment liés à d'autres pathologies qu'il faudra identifier mais qu'il sera alors possible de traiter, augmentant ainsi la qualité du travail du praticien et sa propre satisfaction.

## REFERENCES

- BONIERBALE M., LANCON C., TIGNOL J. The ELIXIR study : evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr. Med. Res. Opin.*, 2003 ; 19 : 114-124.
- BOYANOV M.A., BONEVA Z., CHRISTOV V.G. Testosterone supplementation in men with type 2 diabetes, visceral obesity and partial androgen deficiency. *Aging Male*, 2003 ; 6 : 1-7.
- BRAUN M., WASSMER G., KLOTZ T., REIFENRATH B., MATHERS M., ENGELMANN U. Epidemiology of erectile dysfunction : results of the 'Cologne Male Survey'. *Int. J. Impot. Res.*, 2000 ; 12 : 305-311.
- BUVAT J., RATAJCZYK J., LEMAIRE A. Les problèmes d'érection : une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie*, 2002 ; 12 : 73-83.
- CHERRIER M.M., ASTHANA S., PLYMATE S., BAKER L., MATSUMOTO A.M., PESKIND E., RASKIND M.A., BRODKIN K., BREMNER W., PETROVA A. LA TENDRESSE S., CRAFT S. Testosterone supplementation improves spatial and verbal memory in healthy older men. *Neurology*, 2001 ; 57 : 80-88.
- CHEW K.K., EARLE C.M., STUCKEY B.G.A., JAMROZIK K., KEOGH E.J. Erectile dysfunction in general medicine practice : prevalence and clinical correlates. *Int. J. Impot. Res.*, 2000 ; 12 : 41-45.
- COSTA P. Adénome prostatique, hormone et androgénothérapie. *Andrologie*, 2002 ; 12 : 133-135.
- COSTA P., AVANCES C., WAGNER L. : Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Prog. Urol.*, 2003 ; 13 : 85-91.
- GANN P.H., HENNEKENS C.H., MA J., LONGCOPE C., STAMPFER M.J. Prospective study of sex hormone levels and risk of prostate cancer. *J. Nat. Cancer Inst.*, 1996 ; 88 : 1118-1126.
- GIULIANO F., PEN-A B.N., MISHRA A., SMITH M.D. Efficacy results and quality-of-life measures in men receiving sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction. *Quality of Life Research*, 2001 ; 10 : 359-369.
- GIULIANO F., CHEVRET-MEASSON M., TSATSARIS A., REITZ C., MURINO M., THONNEAU P. Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes. *Prog. Urol.*, 2002 ; 12 : 260-267.
- GUIRAO SANCHEZ L., GARCIA-GIRALDA RUIZ L., SANDOVAL MARTINEZ C., MOCCIARO LOVECCIO A. Erectile dysfunction in primary care as possible marker of health status : associated factors and response to sildenafil. *Atencion Primaria*, 2002 ; 30 : 290-296.
- HACKETT G.I. : What do patients expect from erectile dysfunction therapy? *Eur. Urol. Suppl.*, 2002 ; 1 : 4-11.
- KO D.T., HEBERT P.R., COFFEY C.S., SEDRAKYAN A., CURTIS J.P., KRUMHOLZ H.M. b-bloquers therapy and symptoms of depression, fatigue and sexual dysfunction. *JAMA*, 2002 ; 288 : 351-357.
- KOPPIKER N., BOOLEIL M., PRICE D. Recent advances in the treatment of erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Endocrine Pract.*, 2003 ; 9 : 52-63.
- MATSUMOTO A.M. : Andropause : Clinical implications of the decline in serum testosterone levels with aging in men. *J. Gerontol.*, 2002 ; 57 : 1076-1099.
- MONTORSI F., BRIGANTI A., SALONIA A., RIGATTI P., MARGONATO A., MACCHI A., GALLI S., RAVAGNANI P.M., MONTORSI P. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *Eur. Urology*, 2003 ; 44 : 360-365.
- MONTORSI P., MONTORSI F., SCHULMAN C.C. Is erectile dysfunction the "Tip of the Iceberg" of a systemic vascular disorder ? *Eur. Urology*, 2003 ; 44 : 352-354.
- NURNBERG H.G. HENSLEY P.L. : Sildenafil citrate for the management of antidepressant-associated erectile dysfunction. *J. Clin. Psychiatry*, 2003 ; 64 : 20-25.

20. PARAZZINI F., MENCHINI F., FABRIS F., BORTOLETTI A., CALABRO A., CHATENOU D., COLLI E., LANDONI M., LAVEZZARI M., TURCHI S., SESSA A., MIRONE V. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Eur. Urol.*, 2000 ; 37 : 43-49.
21. RICHARD F., LUKACS B., JARDIN A., LANSON Y., NAVRATIL H. Assessing sexual function and urinary symptoms : results of an epidemiological survey in 3.500 French men aged 50 to 80 years. *J. Urol.*, 2000 ; 163 : 249A.
22. RHODEN E.L., MORGENTALER A. : Risks of testosterone replacement therapy and recommendations for monitoring. *N. Engl. J. Med.*, 2004; 350 : 482-492.
23. ROSEN R., ALTWEIN J., BOYLE P., KIRBY R.S., LUKACS B., MEULEMAN E., O'LEARY M.P., PUPPO P., ROBERTSON C., GIULIANO F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). *Eur. Urol.*, 2003 ; 44 : 637-649.
24. SEIDMAN S.N. : Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. *J. Clin. Psychiatry*, 2002 ; 63 : 5-12.
25. SELLS H., DONOVAN J., EWINGS P., MCDONAGHG R.P. The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement. *BJUI*, 2000 ; 85 : 440-445.
26. SOLOMON H., MAN J., WIERZBICKI A.S., O'BRIEN T., JACKSON G. Erectile dysfunction : cardiovascular risk and the role of cardiologist. *Int. J. of Clin. Practice*, 2003 ; 57 : 96-99.
27. The treatment of mild hypertension research group : The Treatment of Mild Hypertension Study (THOMS). A randomized, placebo-controlled trial of a nutritional hygienic regimen along with various drug monotherapies. *Arch. Int. Med.*, 1991 ; 151 : 1413-1423.
28. VILLERS A., REBILLARD X, SOULIÉ M., DAVIN J.L., COLOBY P., MOREAU J.L., MEJEAN A., IRANI J., COULANGE C., MANGIN P. French Association of Urology. Prostate cancer screening. *Prog. Urol.*, 2003; 13 : 209-214.

---

### SUMMARY

#### **Erectile dysfunction: a sentinel symptom?**

*Erectile dysfunction (ED) is a frequent disorder affecting the man's sexual and relational quality of life. French epidemiological studies estimate that the prevalence of ED is between 11% and 44% and prevalence surveys show a correlation between ED and age: the relative risk of erectile dysfunction increases by a factor of 2 to 4 between the ages of 40 and 70 years. Few patients consult their doctor and only a small proportion of them receive treatment and few doctors take the initiative to discuss the question of their patients' sex life. Doctors should now have a good understanding of erectile dysfunction and must be aware of the importance of detecting or at least investigating any erectile dysfunction, which can be the first symptom of an underlying disease such as cardiovascular disease, diabetes, depression, benign prostatic hyperplasia, prostate cancer, androgen deficiency or a drug-induced effect. Demonstration of erectile disorders therefore represents an excellent opportunity to conduct a general work-up, as more than one-third of patients with ED ignore their underlying health problem and management of ED is therefore an integral part of preventive medicine.*

*Key-Words: Erectile dysfunction, androgen deficiency, sentinel symptom, PDE5 inhibitor.*

