

Médecine Sexuelle

Dysfonctions sexuelles masculines

- Troubles du Désir et de l'excitabilité:
 - *Diminution ou absence d'intérêt pour la sexualité, de fantasmes ou de désir en réponse à une stimulation.*
- Dysfonction érectile: « *la plus gênante* »
 - *Impossibilité persistante ou récidivante d'obtenir ou de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle.*
- Troubles de l'éjaculation: « *les plus fréquents* »
 - *Diminution volume, douleurs, anéjaculation, éjaculation prématurée.*
- Troubles de l'orgasme: « *les moins connus* »
 - *Hypo ou anorgasmies*

Evaluation en médecine sexuelle

- Quand ? :
 - Au moment du diagnostic, lors du suivi, études cliniques
- Quoi ?
 - Le trouble, les autres paramètres de la réponse sexuelle et l'environnement (QoL, risque CV, dépression etc...)
- Comment ?
 - Quantitative, qualitative, interrogatoire, questionnaires.
- Par rapport à quoi ?
 - Expérience, référentiel
- Où ? :
 - consultation, auto-évaluation, domicile...

Les différentes évaluations

- Enquête étiologique
 - Évaluer la curabilité.
- Évaluation de la gravité du trouble
 - Durée, qualification, quantification
 - Questionnaire ou échelle.
 - Évolution au cours du temps
- Évaluation de l' environnement
 - Répercussions : QoL, Q relationnelle
 - Les FR: BMI, activité physique, FRCV...

Évaluation: Interrogatoire structuré

- La description des troubles
- Contexte clinique et facteurs de risques.
- La personnalité
- L'histoire sexuelle
 - Puberté-expériences-traumatismes
- L'histoire personnelle
 - Éducation – Famille
 - Valeurs morales et religieuses
- Contexte professionnel.

SHIM (Sexual Health Inventory For Men) IIEF-5 ou 6

- Une version abrégée de l' IIEF (International Index of Erectile Function) en 6 items construite pour diagnostiquer la présence et la sévérité de La dysfonction érectile.
- Sa simplicité et la validité de ses propriétés peut aider à améliorer le diagnostic des DE.

IEF 6

- **Question 1 : A quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
 3. Quelques fois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 2 : Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, à quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 3 : Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu pénétrer votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps

30-26 : pas de DE, 25-22 : DE légère, 21-11 : DE modérée, 10-6 : DE sévère

IEF 6

- **Question 4 : Pendant vos rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 5 : Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à l'orgasme ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 15 : A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?**
 1. Pas sûr du tout
 2. Pas très sûr
 3. Moyennement sûr
 4. Sûr
 5. Très sûr

30-26 : pas de DE, 25-22 : DE légère, 21-11 : DE modérée, 10-6 : DE sévère

Score de rigidité de l'érection :

Erection Hardness Score (EHS)



IIEF-EF = International Index of Erectile Function – Erectile Function domain.

Sources : Goldstein I et al. *N Engl J Med.* 1998;338:1397-1404; Mulhall JP et al. *J Sex Med.* 2007;4:1626-1634.

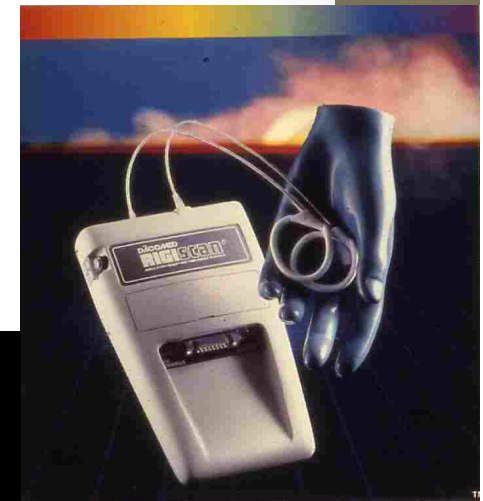
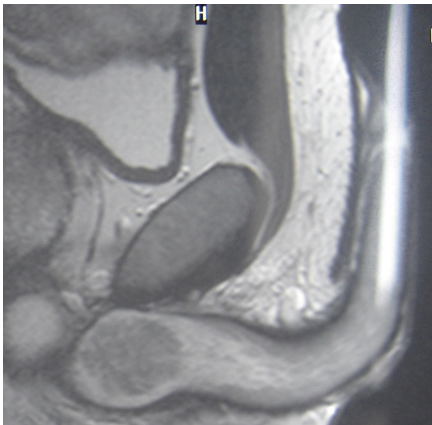
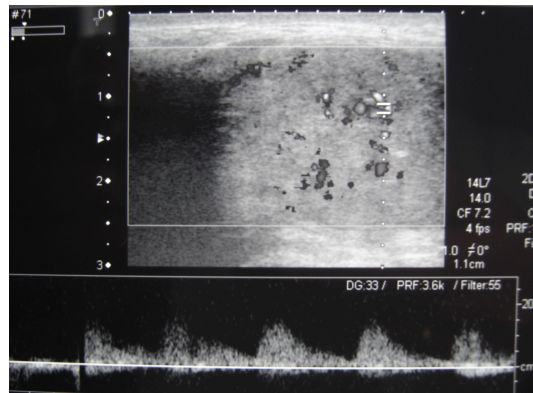
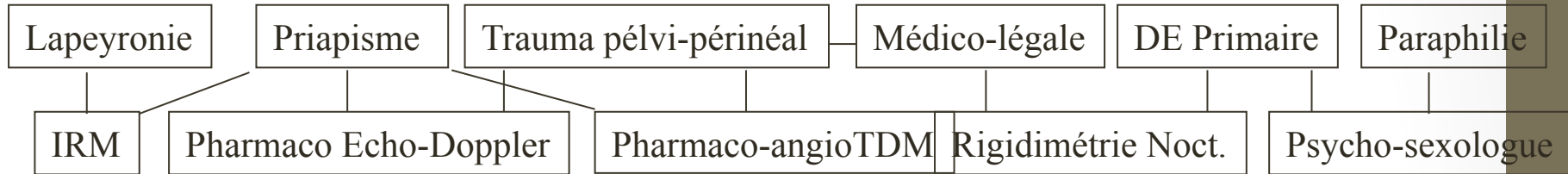
Diagnostic d'une autre DSM :

- **Trouble du désir :**
 - “Avez-vous toujours envie d’ avoir des rapports ?”
- **Trouble de l’ éjaculation :**
 - “Avez-vous une éjaculation trop rapide, retardée, voire absente ?”
- **Douleurs lors des rapports :**
 - “Avez-vous mal pendant les rapports, pendant l’ érection, au moment de l’ éjaculation ?”,
- **Anomalies morphologiques gênant la pénétration (maladie de Lapeyronie ou courbure congénitale) :**
 - “Avez-vous une déformation de la verge lorsque vous êtes en érection ?”, une impression de taille de verge insuffisante.

Bilan hormonal & examens de laboratoires

- Prescription orienté par l'interrogatoire
 - Glycémie à jeun ou HBA1c
 - Bilan lipidique, créatinine
 - Si le dernier bilan est > 12 mois
- Testostérone totale et biodisponible (7-11h)
 - Quasiment systématique
 - Si baisse du désir sexuel ou hypotrophie testiculaire
 - Mesure de l'index de testo libre
 - +/- Prolactine, FSH, LH.

Examens complémentaires

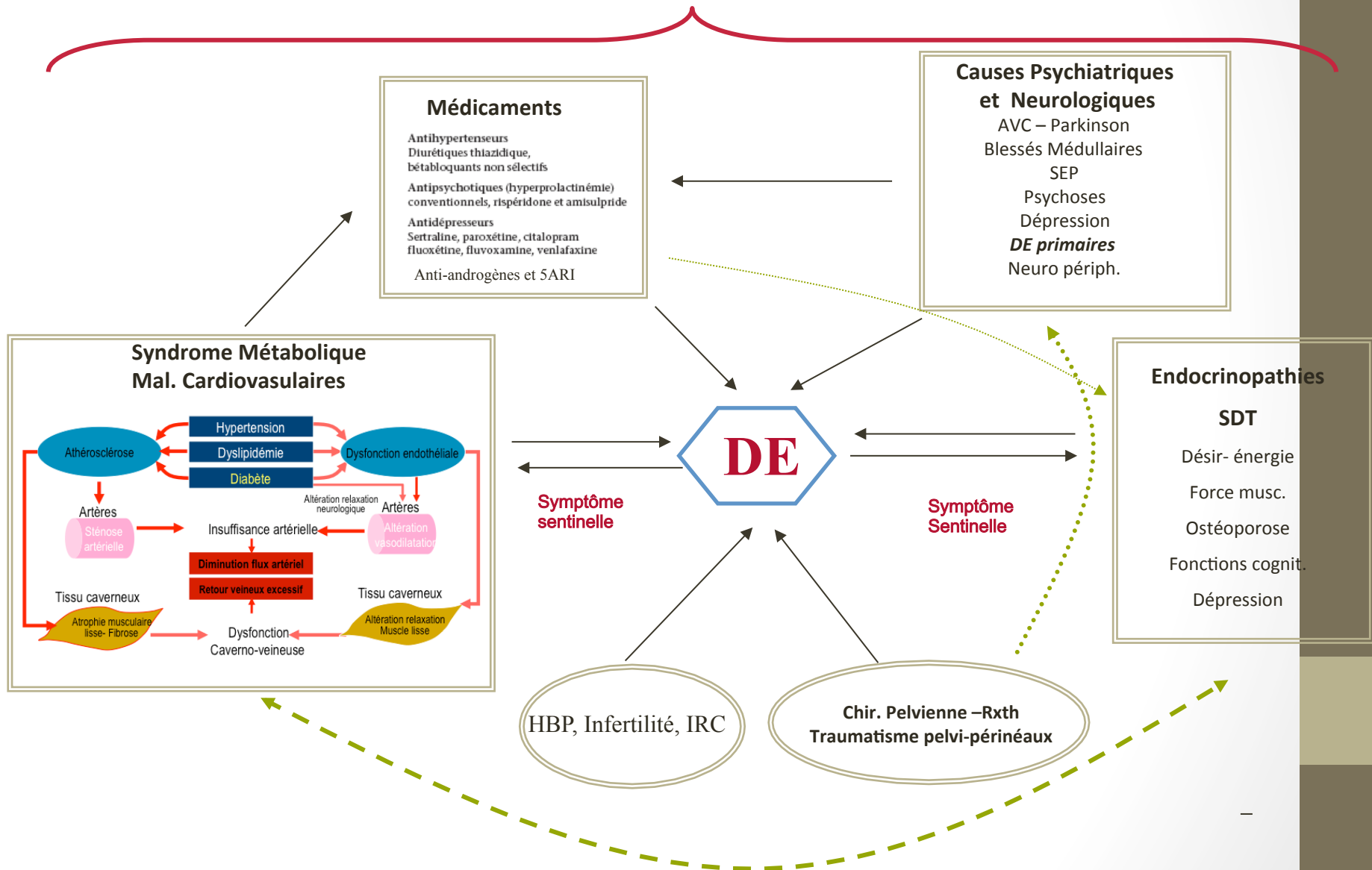


Prise en charges complexes en médecine sexuelle.

Facteurs de complexité liés aux co-morbidités

- Co-morbidité:
 - Facteur de risque de dysfonction sexuelle.
 - Association « fortuite »
- Contre-indication définitive ou temporaire:
 - l'activité sexuelle
 - les médicaments sexo-actifs.
- Iatrogénie sexuelle des traitements.
- Interactions médicamenteuses.
- Co-morbidité = inquiétudes / sexualité: patients, médecins, partenaire...

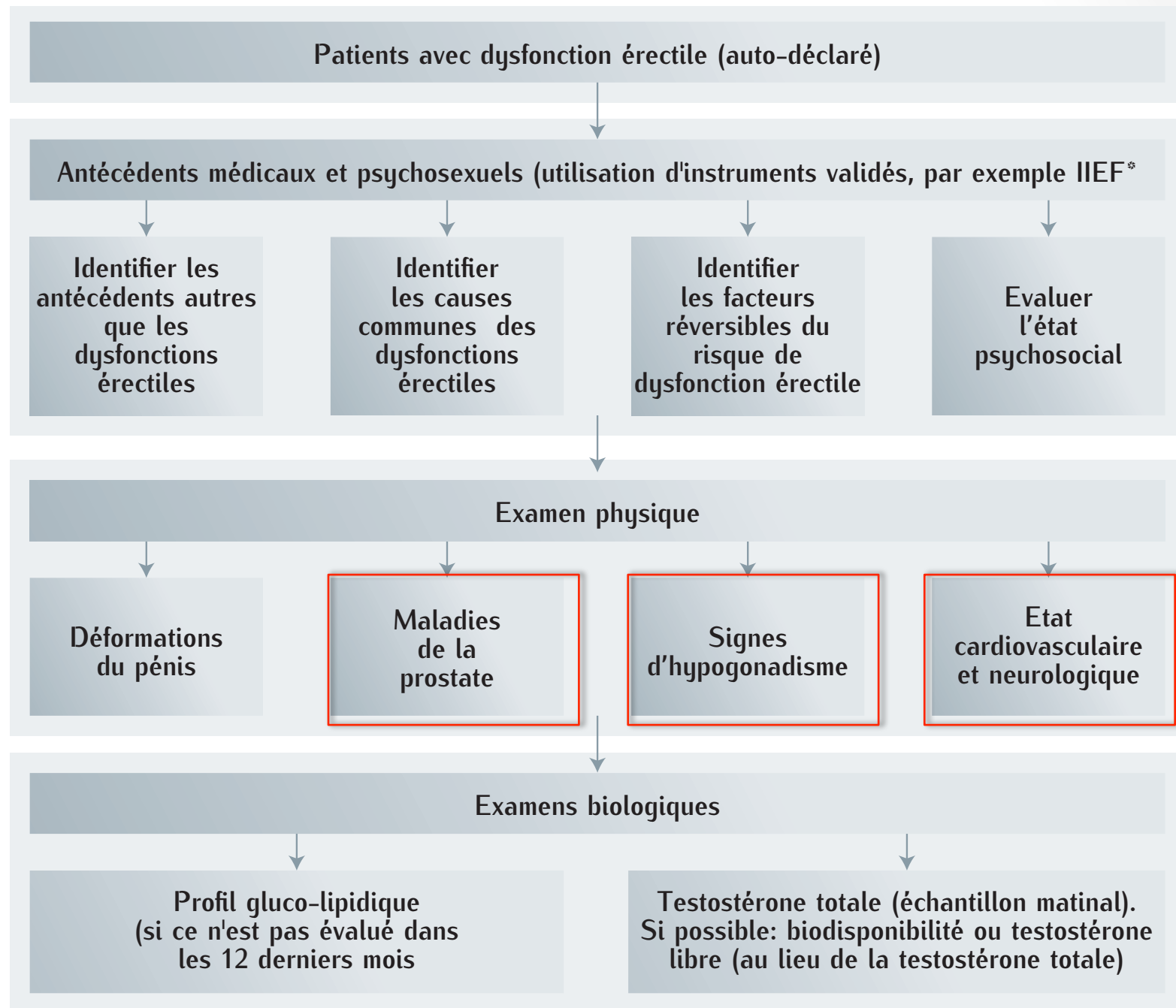
AGE



Conséquences de la maladie dans le couple

Raisons évoquées d'absence d'activité sexuelle lors des 3 derniers mois parmi les répondeurs de l'enquête

Raisons	Respondents with Spousal or Intimate Relationship			Respondents without Spousal or Intimate Relationship		
	57-64 ans	65-74 ans	75-85 ans	57-64 ans	65-74 ans	75-85 ans
Désintérêt sexuel (%)						
Homme	60 (13,5)	139 (11,7)	132 (19,1)	39 (18,3)	69 (22,0)	78 (32,1)
Femme	81 (23,8)	105 (25,0)	95 (24,9)	133 (43,0)	214 (47,0)	295 (60,3)
Désintérêt du partenaire (%)						
Homme	29,5	10,3	16,3			
Femme	19,2	19,8	15,8			
Problème de santé empêchant ou limitant l'acte sexuel (%)						
Homme	40,3	56,6	61,4	27,4	15,7	28,3
Femme	16,8	16,7	24,8	9,2	4,4	4,7
Problème de santé chez le partenaire empêchant ou limitant l'acte sexuel (%)						
Homme	20,1	31,3	22,7			
Femme	63,2	63,4	64,8			



IIEF = International Index of Erectile Function.

Recommandations de l'European Urological Association

Maladies cardiovasculaire et Diabète: Facteurs de complexité

1. La gravité ou l'instabilité des symptômes cardiovasculaires qui peut faire craindre une aggravation de l'état du patient lors d'une activité sexuelle (qui correspond à une activité physique).
2. Une contre-indication d'association médicamenteuse (dérivé nitrés ou donneur de NO : molsidomine, nicorandil)
3. Une action iatrogène d'un médicament : diurétique thiazidique, bêtabloquant non sélectif, spironolactone.
4. Inquiétudes ou fausses croyance vis à vis de la maladie ou des risques de la prescription. (patient, entourage familial ou médical)

Vérifier l'aptitude à l'exercice physique que représente le rapport sexuel

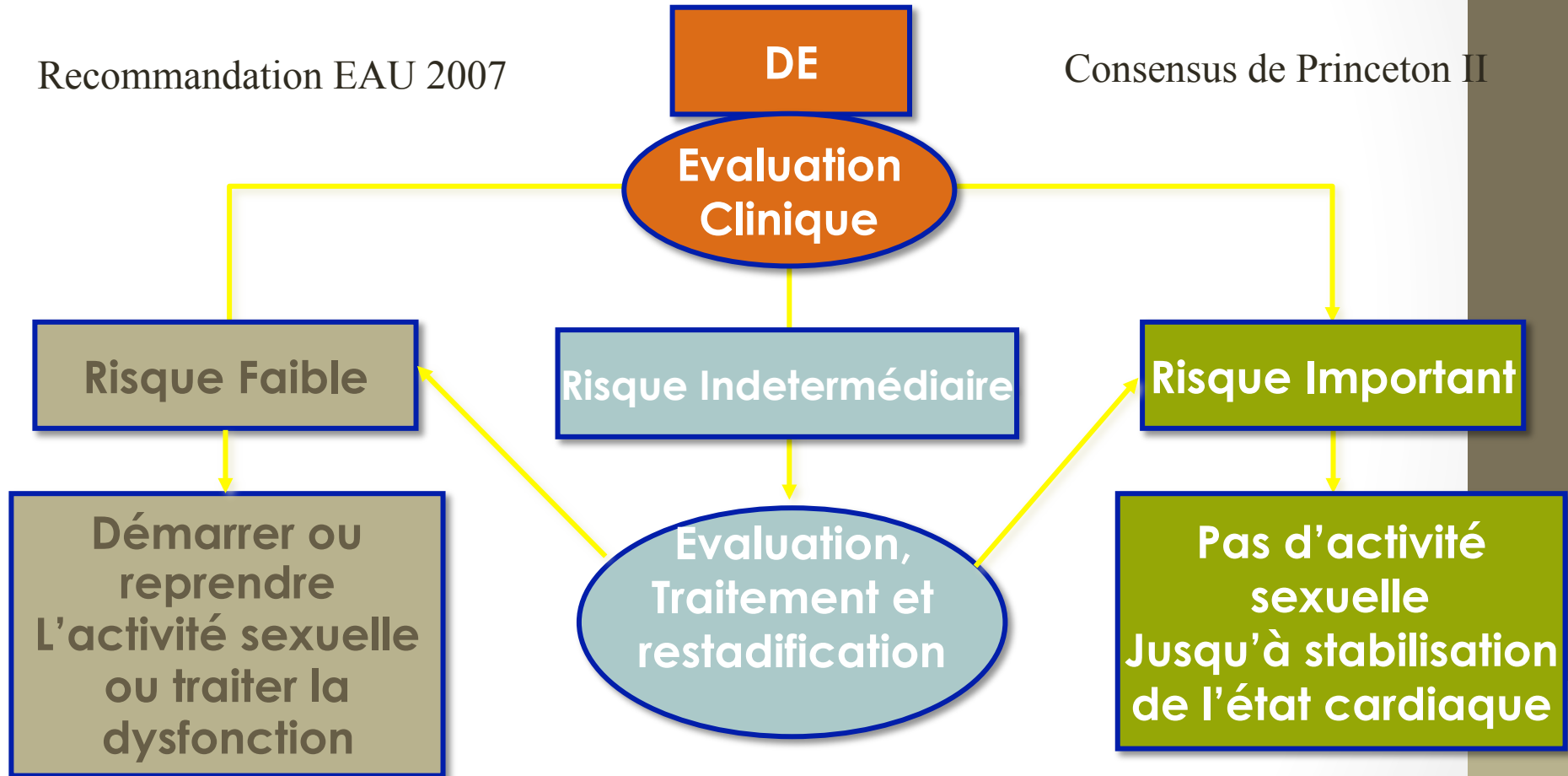
Repos ¹	1
Marche à pied 2 mph, à plat ¹	2
Marche à pied 3 mph, à plat ¹	3
"Activité sexuelle" avant orgasme ²	2-3
"Activité sexuelle" pendant orgasme ²	3-4
Cyclisme 10 mph, à plat ¹	6-7
Marche à pied 4.2 mph, pente 16% ¹	13
(Bruce treadmill stage 4)	

- Montée de deux étages
- 20 minutes de marche par jour.

1. Fox SM 3rd, et al. *Ann Clin Res.* 1971;3:404-432

2. Bohlen JG, et al. *Arch Intern Med.* 1984;144:1745-1748

Gravité ou instabilité des symptômes: Evaluation du risque cardiaque



Évaluation des facteurs de risque et de l'état coronarien, traitement et surveillance de tous les patients souffrant de dysfonction érectile

Prise en charge de la dysfonction érectile chez les patients cardiaques

Consensus de Princeton

- Risque faible :
 - **HTA contrôlée**
 - **Angor modéré, stable**
 - **Revascularisation coronarienne réussie**
 - **Antécédents d'infarctus du myocarde non compliqué**
 - **Pathologie valvulaire mineure**
 - **Pas de symptôme et moins de 3 facteurs de risque cardiovasculaire**

Jackson et al J Sex Med 2006;3:28–36.

Prise en charge de la dysfonction érectile chez les patients cardiaques

Consensus de Princeton

- Risque moyen ou indéterminé :
 - **Infarctus du myocarde récent (< 6 semaines)**
 - **Insuffisance cardiaque stade II**
 - **Pathologie artérielle extra-cardiaque**
 - **Au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaire (sexo exclu)**

Jackson et al J Sex Med 2006;3:28–36.

Prise en charge de la dysfonction érectile chez les patients cardiaques

Consensus de Princeton

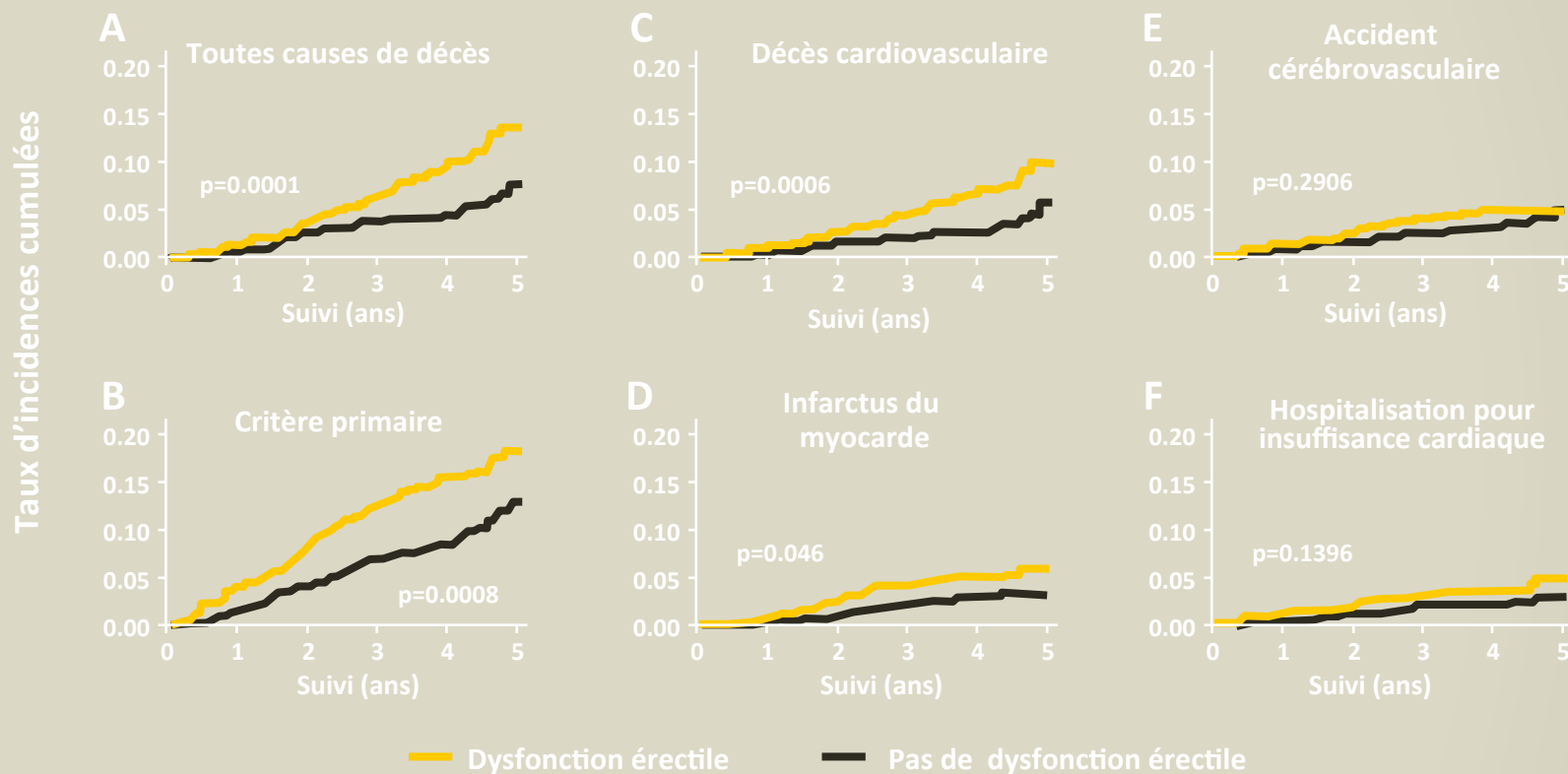
- Risque élevé :
 - **Angor instable**
 - **HTA non contrôlée**
 - **Insuffisance cardiaque stade III ou IV**
 - **Infarctus du myocarde très récent (< 2 semaines)**
 - **Arythmie à risque**
 - **Cardiomyopathie obstructive**
 - **Pathologie valvulaire modérée à sévère**

Jackson et al J Sex Med 2006;3:28–36.

Consensus de Princeton: Evaluation cardiologique

- **Chez un patient sans maladie coronarienne connue :**
 - chez un patient actif et asymptomatique à l'occasion d'efforts réguliers, avec peu ou pas de facteurs de risque cardio-vasculaires (< 3), les iPDE5 sont autorisés sans exploration cardiologique préalable
 - chez un patient sédentaire et/ou présentant des facteurs de risque multiples (≥ 3), les iPDE5 ne doivent pas être prescrits sans un avis cardiologique et **c'est le cardiologue qui jugera de la nécessité d'un test d'effort** (accord professionnel)
- **Chez un patient coronarien connu :**
 - si le sujet est actif avec un test d'effort rassurant et que le traitement ne comporte pas de dérivés nitrés, **les inhibiteurs sont autorisés et une visite annuelle chez le cardiologue pour un ECG d'effort est préconisée**
 - si le sujet est actif mais qu'il existe un angor résiduel sous traitement avec prise de dérivés nitrés, un avis cardiologique est indispensable
 - s'il s'agit d'un angor de novo ou instable, les iPDE5 sont temporairement contre-indiqués

DE = Marqueur de risque cardiovasculaire



Kaplan-Meier curves for all-cause death (A), primary outcome (B), cardiovascular death (C), myocardial infarction (D), stroke (E), and chronic heart failure (F) by ED (including mild to moderate, and severe ED categories by IIEF scores) or no ED (no or mild ED categories) at baseline. HR indicates hazard ratio; CI, confidence interval.

Contre-indications et iatrogénie médicamenteuse.

- Avis Cardiologue:
 - Possibilité de supprimer un dérivé nitré ou donneur de NO.(Nicorandil, Molsidomine)
 - Possibilité de modifier une prescription d'antihypertenseur
- Evaluer l'effet nocebo:
 - Fenêtre thérapeutique.

Risques de la prescription ?

Infarctus du Myocarde

Incidence de l'infarctus du myocarde toutes études confondues

	Population masculine standardisée par l'âge	Patients sous placebo	Patients traités par l' PDE5		
			Études en double insu	Études en ouvert	Totalité des études
Nb total de patients	-	>1200	>2500	1376	>4000
Nb de patients/année exposés	-	184.9	384.4	1155	1539.4
Nb de patients avec IDM	-	2	1	5	6
Taux d'IDM pour 100 patients/année	0.6*	1.10	0.28	0.43	0.39

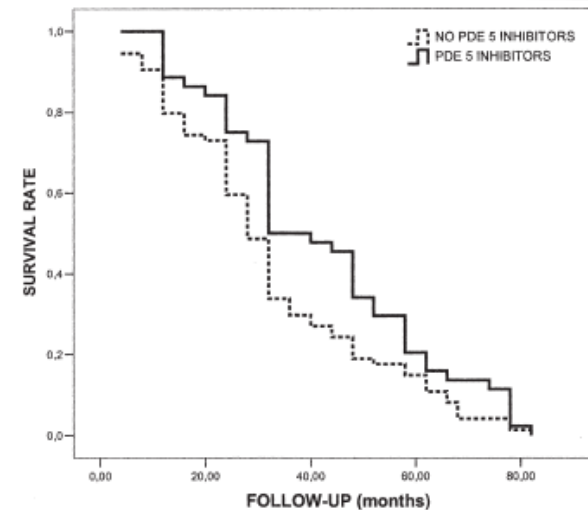
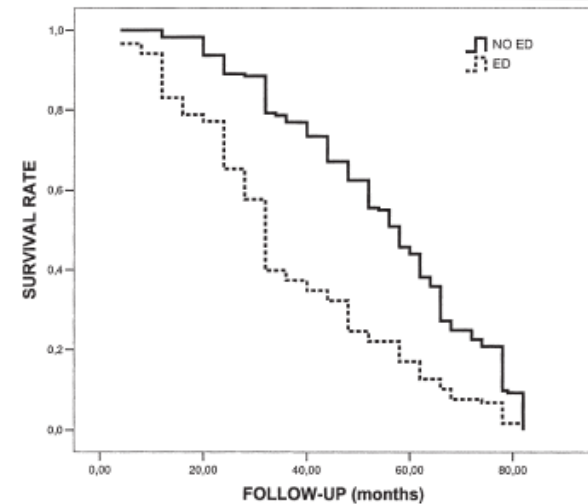
*Sadovsky, R et al. Int J Clin Pract 2001; 55:115-128.

Risques de la prescription ?

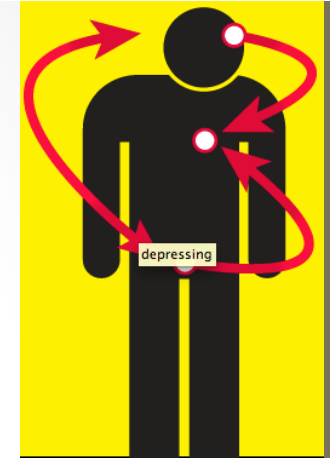
Diabète - Mal. Cardiovasculaires

- 291 diabétiques type II.
- Coronaropathie silencieuse documentée
- La présence d'une **DE** est prédictive d'un risque **x 2.1 d'accident cardiaque grave** et de mortalité supérieure.
- La prise de Statine ou d'iPDE5 (HR:0,66) a un effet protecteur sur la survenue d'accidents cardiaques graves et un effet bénéfique sur la survie. ($p < 0.05$)

Gazzaruso et al J Am Coll Cardiol 2008



Santé mentale de l'homme : quand la plainte sexuelle masque une dépression, un stress au travail, des addictions (alcool, tabac)



- Profils:

- Licenciements, divorces, symptômes sexuels, effets secondaires des antidépresseurs... savoir rechercher la dépression masquée, les addictions...

- Pourquoi s'intéresser à la santé mentale de l'homme de plus de 50 ans ?

- Le pic d'âge des épisodes dépressifs.
- Parmi les hommes consultant pour une dysfonction érectile, 19% sont dépendants à l'alcool, 20 % dépressifs.
- Parmi les hommes consultant pour une éjaculation prématurée, environ 1/3 souffre d'un trouble anxieux et ¼ de dépression.

Santé mentale de l'homme : quand la plainte sexuelle masque une dépression, un stress au travail, des addictions (alcool, tabac)

- Comment ?
 - Outils diagnostiques dépression, addictions...
 - Identifier les patients ayant des symptômes évocateurs de dépression, de trouble anxieux ou addictions (alcool, tabac, cannabis).
 - Traiter la dépression jusqu'à la rémission et prendre en charge les dysfonctions sexuelles.
 - Limiter les effets indésirables / choix molécule adaptée
 - Anticiper la non-observance
 - Identifier et traiter les troubles sexuels induits ou résistants au traitement.

Maladies Psychiatrique: Facteurs de complexité

- Dysfonction liée à la maladie, aux traitements... ?
- Problèmes d'observance des traitements psychotropes iatrogènes.
- Paraphilies et troubles du comportement sexuel

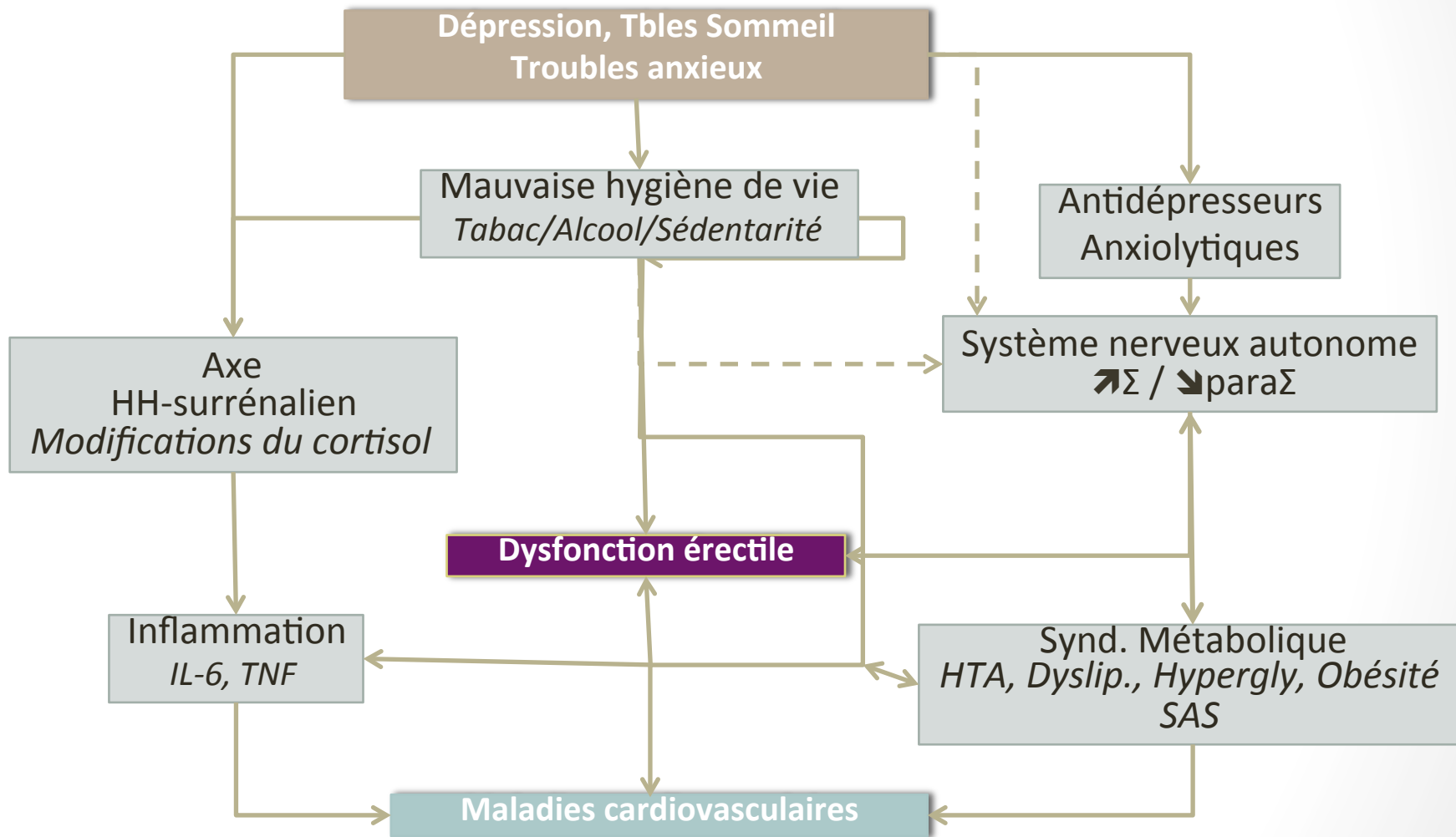
Maladies Psychiatrique: Simplifier la prescription

- Communiquer avec le psychiatre
- Rechercher une hyperprolactinémie.
- Identifier les enjeux et les possibilités de modifications thérapeutiques:
- Modifications thérapeutiques
 - Mirtazapine (**Norset**), Tianeptine (**Stablon**), Moclobémide (**Moclamine**), Duloxetine (**Cymbalta**).
 - Aripiprazole (**Abilify**), clozapine (**Leponex**), olanzapine (**Zyprexa**)
- Utilisation iPDE5, IIC, Vacuum, Implants.

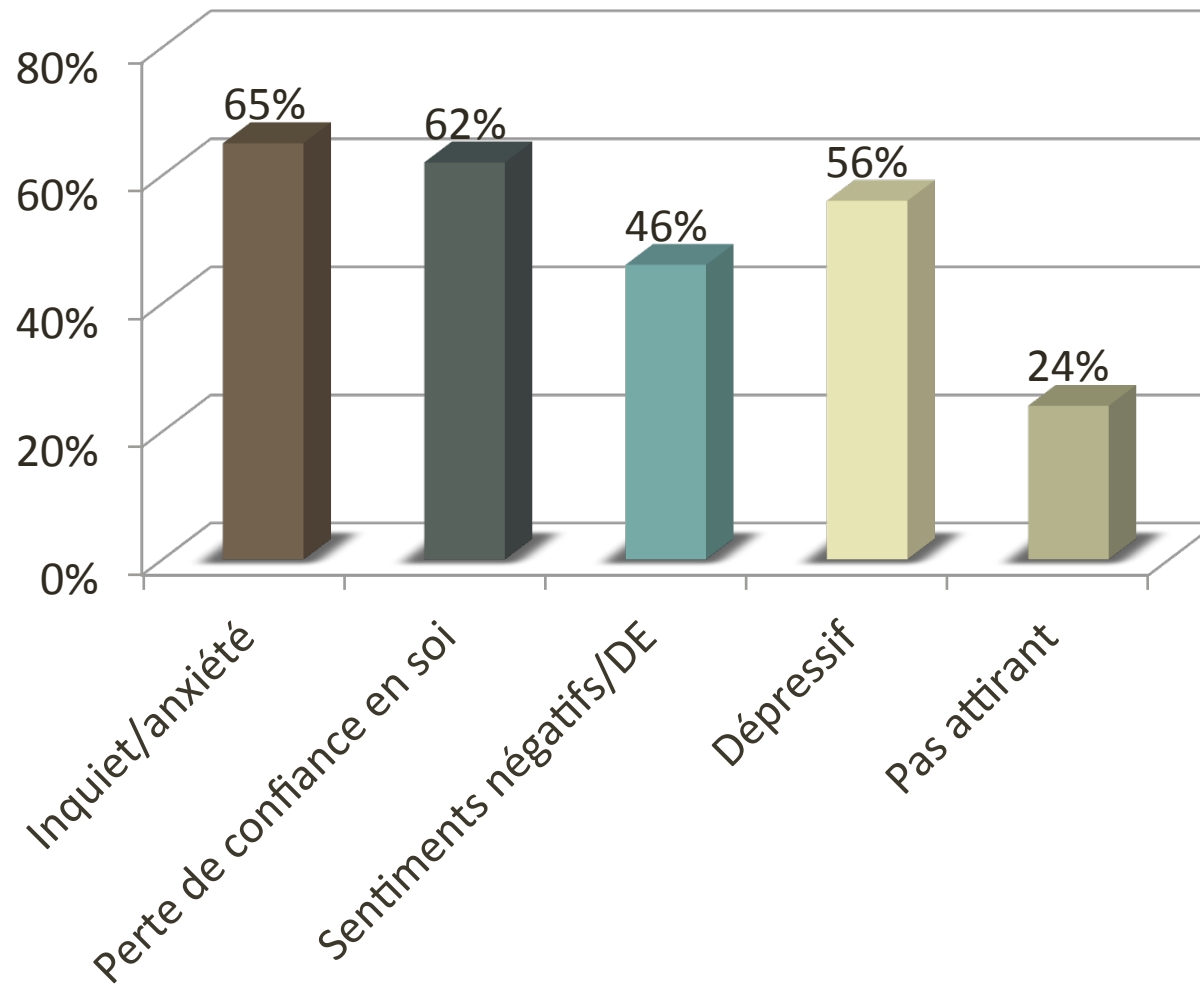
Iatrogénie Sexuelle et Urinaire

Classe Thérapeutique	Incontinence	Rétention	Priapisme/ESP/HS	Tr. Libido	DE	Tr. Orgasme/Ej	Les médicaments conseillés
Neuroleptiques	+	+	+	+	±	+	Clozapine (Leponex®), Olanzapine (Zyprexa®), Quiétapine (Seroquel®), Arispiprazole (Abilify®)
Antidépresseurs	+	+	+	+	+	+	Mirtazapine (Norset®), Tianeptine (Stablon®), Moclobémide (Moclamine®), Agomelatine (Valdoxan®), Duloxetine (Cymbalta®)
Antiépileptiques				+		+	
Antalgiques		+		+	+	±	
Anxiolytiques	+	+	+		+	+	Bupropion et Buspirone
Antiparkinsoniens			+				
Antihypertenseurs	+		+		+		Tous sauf diurétiques thiazidiques, Bétabloquants non sélectifs et spironolactone
Antiandrogènes	±			+	+	+	Anti androgènes non stéroïdiens
Antiestrogènes/ Inhibiteurs de l'aromatase				+		+	Tamoxifène

DE-Dépression-Sommeil-MCV



Conséquences de la DE



Dépression et DE

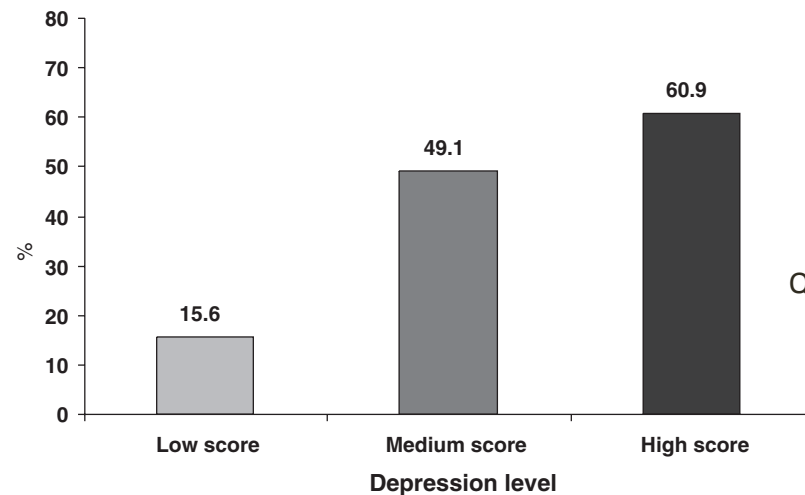
- Risque de DE chez un patient dépressif: x 2
- Risque de dépression chez un patient souffrant de DE: x 2,6
 - 11% des DE sont dépressifs
- Anhédonie: Pb excitabilité, image de soi, satisfaction.
- Troubles anxieux: DE, difficultés orgasmiques.
- 330 étudiants en psychologie 18 à 25 ans. (MASQ, MSFI)

Criterion variable	Model significance and effect size	General distress β (P), semipartial correlation	Anxious arousal β (P), semipartial correlation	Anhedonia β (P), semipartial correlation
Male Sexual Functioning Index				
Desire	F = 1.66, P = 0.18, R^2 = 0.01	0.03 (0.74), 0.02	0.08 (0.21), 0.06	-0.08 (0.16), -0.07
Arousal	F = 11.96, P < 0.001, R^2 = 0.09	0.01 (0.88), 0.01	-0.02 (0.82), -0.01	-0.30 (<0.001), -0.24
Erection	F = 17.56, P < 0.001, R^2 = 0.12	-0.07 (0.39), -0.04	-0.23 (<0.001), -0.17	-0.12 (0.06), -0.10
Orgasm	F = 7.33, P < 0.001, R^2 = 0.06	0.09 (0.33), 0.05	-0.20 (0.01), -0.14	-0.17 (<0.01), -0.14
Satisfaction	F = 11.74, P < 0.001, R^2 = 0.10	-0.09 (0.30), -0.06	-0.06 (0.47), -0.04	-0.21 (<0.001), -0.18

Dysfonction sexuelles

Table 3 Adjusted odds ratio (95% CI) for association between various self-reported social, medical, and psychological factors and various sexual problems

Sexual problem	Age (years)	Marital difficulties	Diabetes	Hypertension	Anxiety	Depression
Erectile problem						
Problem getting an erection	1.13 (1.10, 1.16)	1.45 (0.58, 3.61)	8.01 (6.59, 9.14)	3.88 (1.97, 7.63)	1.38 (0.72, 2.64)	1.62 (0.79, 3.30)
Problem maintaining an erection	1.08 (1.06, 1.11)	2.24 (0.81, 6.17)	3.89 (1.85, 8.18)	2.36 (1.17, 4.74)	1.29 (0.62, 2.70)	1.27 (0.56, 2.79)
Erectile dysfunction	1.13 (1.11, 1.16)	1.49 (0.57, 3.86)	5.33 (2.33, 10.16)	3.40 (1.76, 6.57)	1.29 (0.68, 2.45)	1.39 (0.69, 2.78)
Premature ejaculation	1.06 (0.98, 1.02)	0.86 (0.36, 2.03)	0.33 (0.16, 0.67)	1.42 (0.71, 2.86)	2.83 (1.45, 5.54)	2.08 (0.97, 4.44)



Queck F K et al. J Sex Med 2008;5:70–76

Figure 3 Percentage of men with premature ejaculation in each depression level.

Troubles de l'éjaculation et Dépression

- 2382 pts consultant pour EP, âge moyen 35 ans
- Toutes les formes d'EP sont très prévalentes en cas de trouble anxieux
- La pseudo-EP est plus fréquente en cas de Dépression, Anxiété et Prostatite chronique.

Comorbidities	LPE* (35,6%)	APE* (28,07%)	NVPE* (12,73%)	PLED* (23,54%)	P†
Anxiety	242 (34.13) ^{†**}	214 (38.35) ^{†**}	69 (27.27) ^{‡§}	221 (47.22) ^{‡§}	<0.01
Depression	164 (23.13) ^{**}	141 (25.27) ^{**}	50 (19.76) ^{**}	147 (31.41) ^{‡§†}	<0.01
Sexual desire disorder	145 (20.45) ^{§†**}	262 (46.95) ^{‡†**}	33 (13.04) ^{‡§}	54 (11.54) ^{‡**}	<0.01
Hypertension	65 (9.17) [§]	98 (17.56) ^{‡†**}	19 (7.51) [§]	42 (8.97) [§]	<0.01
Diabetes mellitus	26 (3.67) [§]	64 (11.47) ^{‡†**}	9 (3.56) [§]	23 (4.91) ^b	<0.01
Varicocele	94 (13.26)	82 (14.70)	31 (12.25)	60 (12.82)	0.74
CP	213 (30.04) [§]	339 (60.75) ^{‡†**}	73 (28.85) ^{§**}	181 (38.68) ^{‡§†}	<0.01
ED	194 (27.36) ^{§†**}	219 (39.25) ^{‡†**}	29 (11.46) ^{‡§**}	87 (18.59) ^{‡§†}	<0.01

Data are expressed as number (percentage).

*Difference between two subgroups assessed by one-way ANOVA or chi-square test, as appropriate

†Difference among four PE syndromes assessed by one-way ANOVA or chi-square test, as appropriate

‡Significant difference compared with LPE

§Significant difference compared with APE

†Significant difference compared with NVPE

**Significant difference compared with PLPE

PE = premature ejaculation; LPE = lifelong PE; APE = acquired PE; NVPE = natural variable PE; PLED = premature-like ejaculatory dysfunction; CP = chronic prostatitis; ED = erectile dysfunction

Sexual Satisfaction and Quality of Life in Major Depressive Disorder Before and After Treatment With Citalopram in the STAR*D Study

Waguih William IsHak, MD, FAPA; Scott Christensen, BA; Gregory Sayer, MD; Khanh Ha, MD; Ning Li, PhD; Jamie Miller, PhD; Jaidyn Mai Nguyen; and Robert M. Cohen, PhD, MD

- Lien entre sévérité de la dépression et altération de la satisfaction sexuelle surtout après le traitement.
- Effets indésirables du traitement sur la sexualité:
 - 63% femmes
 - 45% hommes

Sexual Satisfaction and Quality of Life in Major Depressive Disorder Before and After Treatment With Citalopram in the STAR*D Study

Waguih William IsHak, MD, FAPA; Scott Christensen, BA; Gregory Sayer, MD; Khanh Ha, MD; Ning Li, PhD; Jamie Miller, PhD; Jaidyn Mai Nguyen; and Robert M. Cohen, PhD, MD

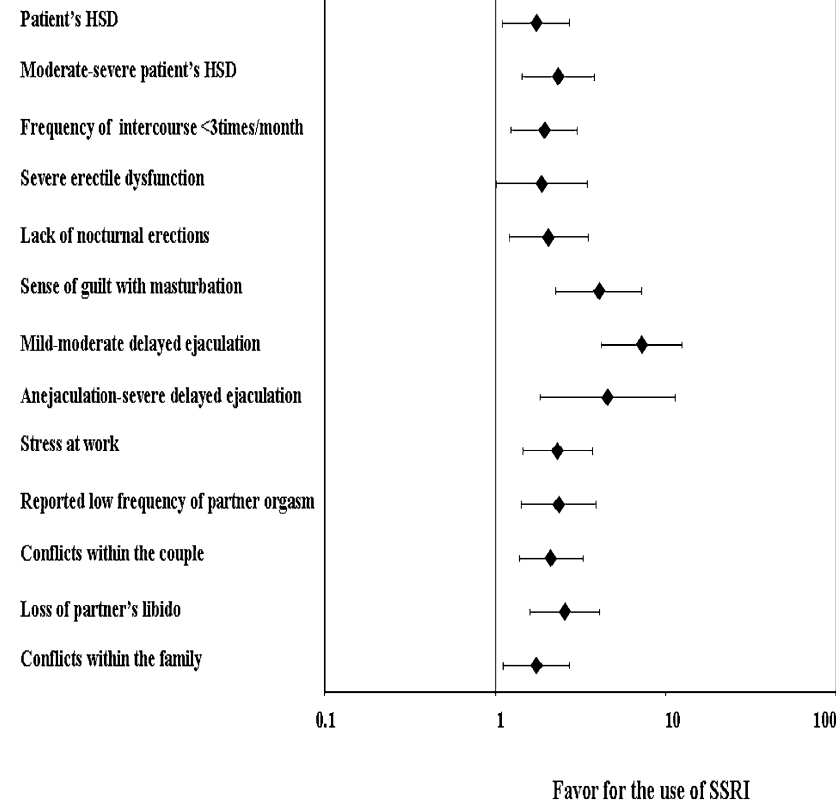
- Rémission vs non-Rémission
 - H: Satisfaction sexuelle 80% si R vs 58% si non-R
 - F: Satisfaction sexuelle 78% si R vs 39% si non-R
 - Score moyen des rémissions: 3,4 (norme 3,9)
- Satisfaction sexuelle = QoL
- IRSS= risque de Dysfonctions sexuelles
- Traiter la dépression jusqu'à la rémission et prendre en charge les dysfonctions sexuelles.

Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction

J Sex Med 2009;6:1259-1269

Giovanni Corona, MD,^{*§} Valdo Ricca, MD,[†] Elisa Bandini, MD,^{*} Edoardo Mannucci, MD,[‡] Francesco Lotti, MD,^{*} Valentina Boddi, MD,^{*} Giulia Rastrelli, MD,^{*} Alessandra Sforza, MD,[§] Carlo Faravelli, MD,[†] Gianni Forti, MD,^{*} and Mario Maggi, MD^{*}

- SSRI: plus jeunes et PRL ↗
- HSD: risque x2
- Moins de RS
- DE: idem non-SSRI
- Ejaculation retardée:x7
- Effet délétère sur
 - Auto-érotisme
 - Partenaire



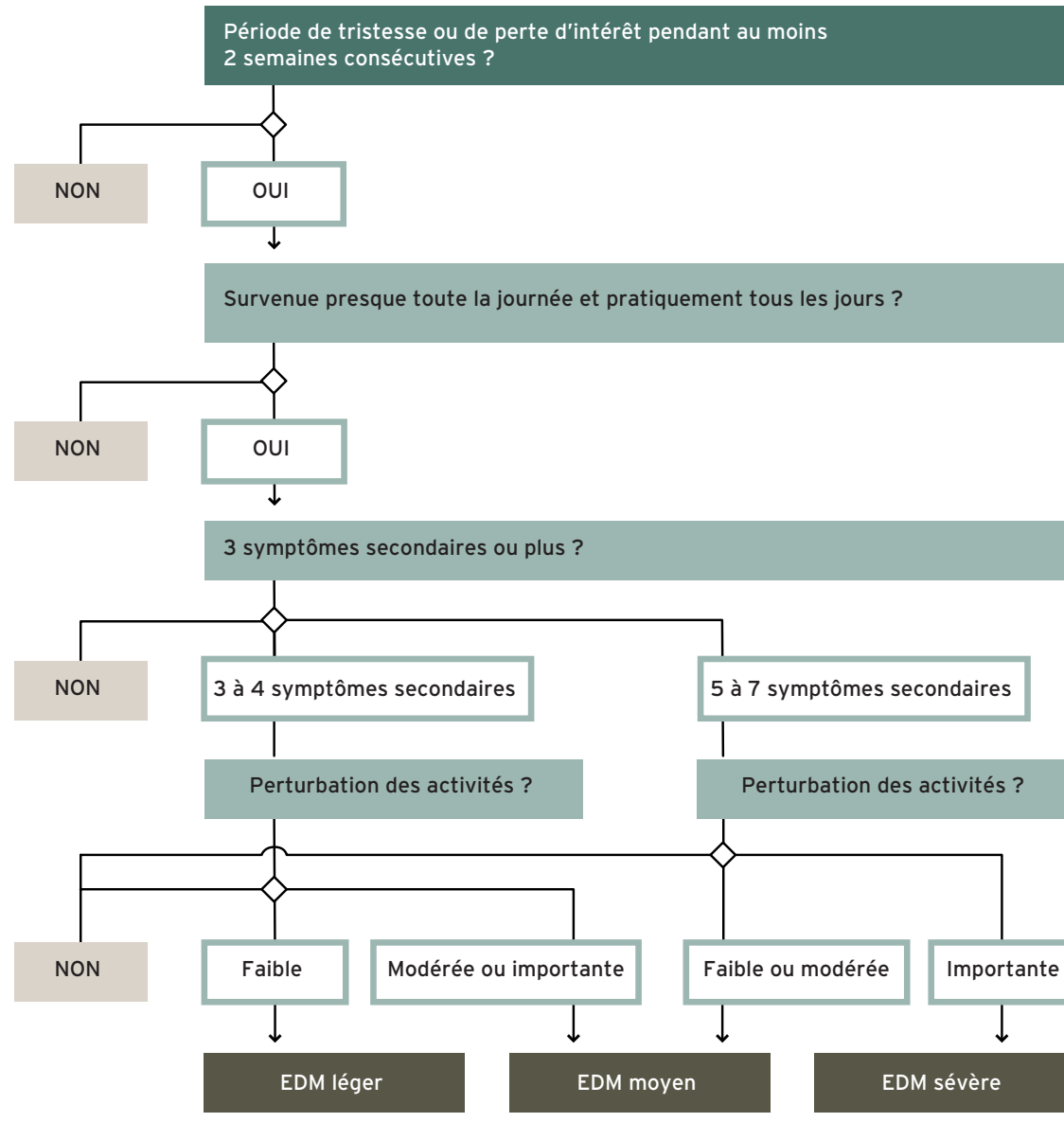
Dépression:

- *“Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent senti déprimé, désespéré ?”*
- *“Au cours du dernier mois, avez-vous souvent ressenti de l'intérêt ou du plaisir dans votre vie de tous les jours ?”*

Définition: Dépression

- Un épisode dépressif majeur (EDM) tel que défini par le CIDI-SF est une période d'humeur triste ou de perte d'intérêt pratiquement toute la journée et presque chaque jour pendant au moins deux semaines (symptôme principal), s'accompagnant d'au moins trois symptômes secondaires et d'un retentissement sur les activités de la vie quotidienne.
- Les symptômes secondaires sont les suivants :
 - Perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir ;
 - épuisement, manque d'énergie ;
 - prise ou perte de 5 kg au moins ;
 - difficultés pour dormir ;
 - difficultés de concentration ;
 - perte de confiance en soi, dévalorisation ;
 - pensées de mort récurrentes.
 - Les symptômes sexuels ne font pas parti de la définition de la dépression.

Algorithme du diagnostic de l'épisode dépressif majeur (EDM)



TRAITEMENT : DE & DEPRESSION

From: Efficacy and Tolerability of Vardenafil in Men With Mild Depression and Erectile Dysfunction: The Depression-Related Improvement With Vardenafil for Erectile Response Study

Am J Psychiatry. 2006;163(1):79-87. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.79

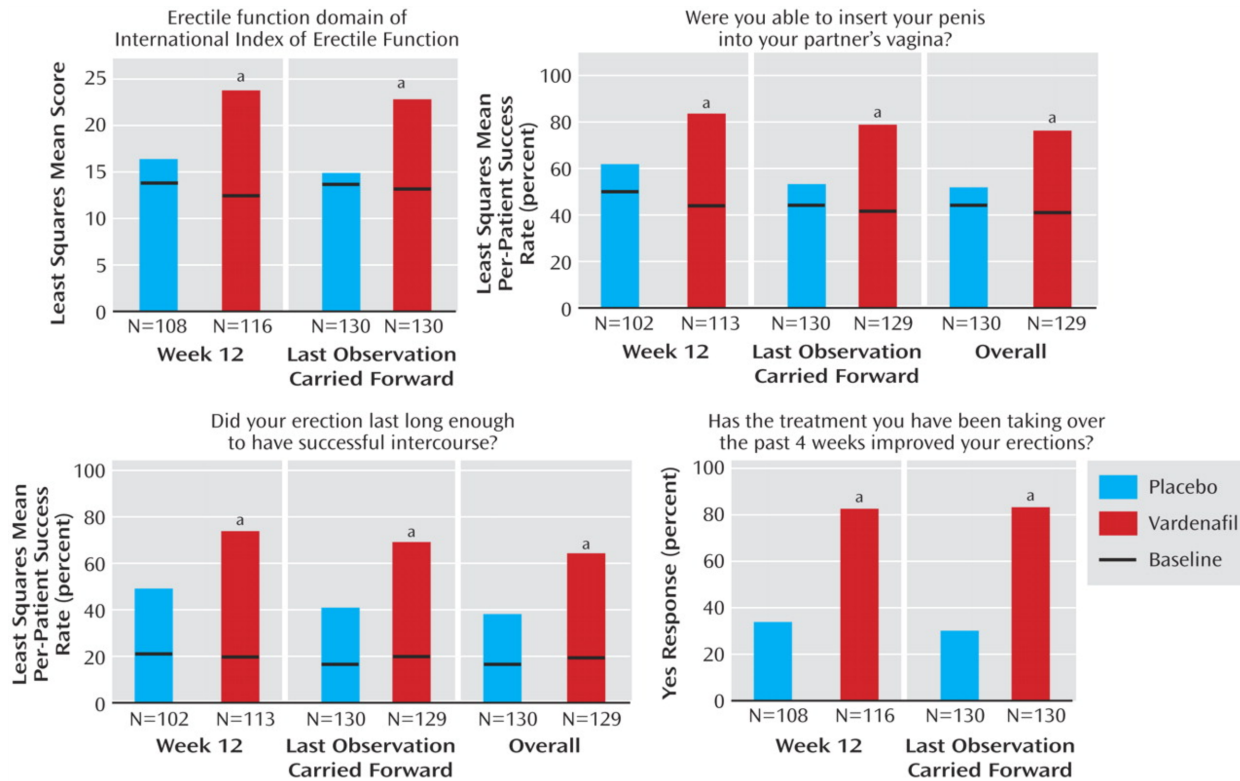


Figure Legend:

Efficacy of Vardenafil for Erectile Dysfunction at 12-Week Endpoint, Last Observation Carried Forward, and Overall for Sexual Encounter Profile Questions 2 and 3 in the Depression-Related Improvement With Vardenafil for Erectile Response Study^a

^aSignificant difference between groups. Intent-to-treat group.

Male Sexual Dysfunction

Efficacy and Tolerability of Tadalafil for Treatment of Erectile Dysfunction in Men Taking Serotonin Reuptake Inhibitors

UROLOGY 77: 1137–1141, 2011.

Yalçın Evliyaoğlu, Kazım Yelsel, Murat Kobaner, Ergün Alma, and Melike Saygılı

Table 2. Summary of baseline and endpoint scores from questionnaires

Variable	Placebo			Tadalafil		
	Baseline	12 wk	<i>P</i> Value*	Baseline	12 wk	<i>P</i> Value*
IIEF						
Total	43 (24-59)	41 (26-66)	.223	40 (26-61)	62 (41-81)	< .001
EF	12 (6-17)	12 (6-19)	.371	11 (6-18)	20 (12-24)	< .001
IS	6 (4-10)	6 (4-11)	.289	6 (4-8)	10 (6-12)	< .001
OS	4 (2-6)	4 (2-6)	.886	4 (2-6)	8 (4-10)	< .001
OF	4 (2-8)	4 (2-7)	.472	4 (2-7)	7 (4-8)	< .001
SD	5 (4-6)	4 (2-8)	.363	4 (2-7)	7 (4-9)	< .001
SEP 2						
Yes	3 (0-6)	3 (1-6)	.109	4 (0-6)	7 (3-10)	< .001
No	1 (0-4)	1 (0-39)	.564	1 (0-6)	0 (0-1)	< .001
SEP 3						
Yes	1 (0-6)	1 (0-5)	.710	1 (0-3)	6 (1-8)	< .001
No	4 (0-5)	4 (1-5)	.095	4 (2-6)	1 (0-3)	< .001
SEP 4						
Yes	0 (0-6)	1 (0-5)	.566	0 (0-2)	6 (1-8)	< .001
No	4 (0-5)	4 (1-5)	.067	4 (2-6)	2 (0-3)	< .001
SEP 5						
Yes	0 (0-3)	1 (0-5)	.271	0 (0-2)	6 (1-8)	< .001
No	4 (3-5)	4 (1-5)	.011	4 (2-6)	1 (0-3)	< .001
GAQ 1						
Yes		2 (8)			23 (92)	< .001 [†]
No		23 (92)			2 (8)	< .001 [†]
GAQ 2						
Yes		2 (8)			23 (92)	< .001 [†]
No		23 (92)			2 (8)	< .001 [†]

IIEF, International Index of Erectile function; EF, erectile function; IS, intercourse satisfaction; OS, overall satisfaction; OF, orgasmic function; SD, sexual desire; SEP, Sexual Encounter Profile; GAQ, global assessment question.

Data presented as medians, with ranges in parentheses, for IIEF and SEP, and numbers, with percentages in parentheses, for GAQ. *P* < .025 considered statistically significant according to Bonferroni adjustment correction.

* Endpoint versus baseline.

[†] Placebo versus tadalafil.

Addiction à l'alcool et DE

- La prévalence de la dysfonction érectile parmi les hommes souffrant d'alcoolisme chronique est de l'ordre de 75%, le plus souvent modérée.
- Parmi les hommes consultant pour une dysfonction érectile, 19% sont dépendants à l'alcool (15% prennent 4-6 verres /jour et 4% > 6 verres/jour). (Boddi et al JSM 2010)

Comment explorer une addiction à l'alcool :

- Le questionnaire DETA comprend les quatre questions suivantes :
 - « avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? » ;
 - « votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation? »;
 - « avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? » ;
 - « avez-vous déjà eu besoin d'alcool, dès le matin, pour vous sentir en forme ? ».
-
- Une consommation est jugée problématique lorsqu'au moins deux réponses positives sont données.

Détection d'un SAS

- Prévalence de la DE chez les patients SA Obstructive S : environ 50%
- Questionnaire de Berlin
- Enregistrement polysomnographique nocturne : mesure du nombre de d'apnées et d'hyponées / Heure.
- Mesure de la saturation du sang en oxygène et éventuellement la pléthysmographie des érections nocturnes.
- Consultation spécialisée et avis cardiologue.

Risque-vous de faire des apnées du sommeil ?

Ce risque augmente avec l'âge et si vous êtes un homme

Répondez au Questionnaire de Berlin : évaluation du sommeil

Complétez votre taille _____ votre poids _____ votre âge _____ votre sexe _____

Catégorie 1

1. **Est-ce que vous ronflez ?**
- oui
 non
 je ne sais pas

Si vous ronflez ?

2. **Votre ronflement est-il ?**
- Légèrement plus bruyant que votre respiration aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez
 plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez
 très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines

3. **Combien de fois ronflez vous ?**
- Presque toutes les nuits
 3 à 4 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par mois
 jamais ou presque aucune nuit

4. **Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?**
- oui
 non

5. **A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?**
- Presque toutes les nuits
 3 à 4 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par mois
 jamais ou presque aucune nuit

Catégorie 2

6. **Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil ?**
- Presque tous les matins
 3 à 4 matins par semaine
 1 à 2 matins par semaine
 1 à 2 matins par mois
 jamais ou presque jamais

7. **Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?**
- Presque toutes les jours
 3 à 4 jours par semaine
 1 à 2 jours par semaine
 1 à 2 jours par mois
 jamais ou presque jamais

8. **Vous est-il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?**
- oui
 non

Si oui, à quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Presque tous les jours
 3 à 4 jours par semaine
 1 à 2 jours par semaine
 1 à 2 jours par mois
 jamais ou presque jamais

Catégorie 3

9. **Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?**
- oui
 non
 je ne sais pas

INDICE IMC = (voir tableau)

Evaluation des Questions :

n'importe quelle réponse à l'intérieur d'un cadre est une réponse positive

Evaluation des Catégories :

La catégorie 1 est positive avec au moins 2 réponses positives aux question 1 à 5
La catégorie 2 est positive avec au moins 2 réponses positives aux question 6 à 8
La catégorie 3 est positive avec au moins 1 réponse positive et/ou un IMC > 30

Résultat final

Au moins 2 catégories positives indiquent une forte probabilité d'apnée du sommeil

Troubles du Sommeil :

Dysfonction sexuel et troubles mictionnels.

- Profils:
 - Nycturie: Insomnies, Pollakiurie ou Polyurie ?
 - DE: Obèse, ronfleur, s'endort dans la journée
- Pourquoi dépister les troubles du sommeil ?:
 - Insomnies: risque de déficit testostérone
 - SAS: risque cardiovasculaire (Synd Métabolique)
- Comment ?
 - Questions ou questionnaire, Polysomnographie.
- Traitement médical ou chirurgicale du SAS
 - Effet bénéfique sur symptômes sexuels.

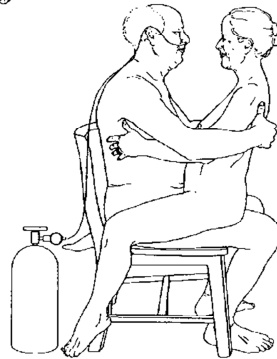
Maladies Neurologiques: Facteurs de complexité

- Facteurs liés aux MCV (AVC)
- Facteurs psychiatriques
 - Dépression
 - Troubles du comportement
- Facteurs neurologiques:
 - Limitation de la mobilité
 - Lésions spécifiques
- Facteurs iatrogènes
 - Antiépileptiques, antiparkinsoniens, myorelaxants

Maladies Neurologiques: Simplifier la prescription

- Appliquer les principes de prescription liés aux facteurs de risques CV et psychiatriques.
- Iatrogénie évoquée:
 - Fenêtre, substitution en collaborations avec le prescripteur.
- Partenaire:
 - Limitation motricité
 - agoniste dopaminergiques
 - états d'hypersexualité, de désinhibition, voire de paraphilies chez près de 10% des patients.

Comment et quand reprendre l'activité sexuelle?

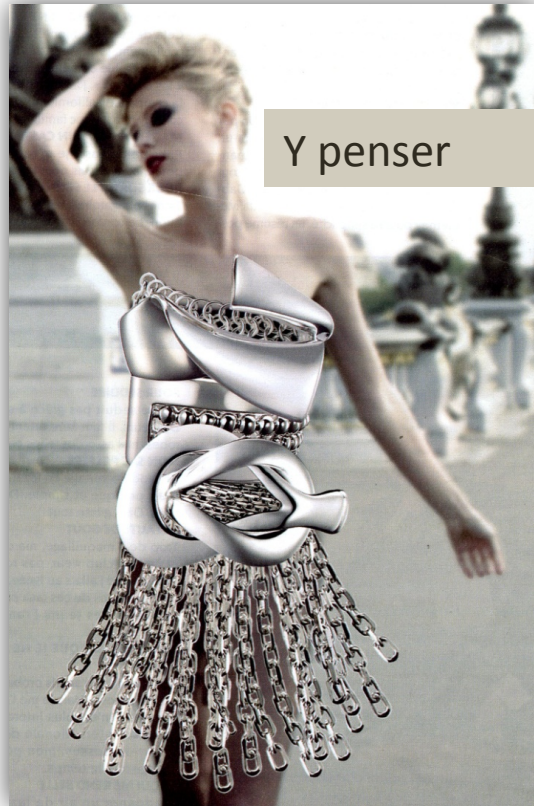


- **Positions confortable :**
- **3-5 METS**

Kautz DD, Upadhyaya RC. Appreciating diversity and enhancing intimacy. In: Mauk KL, ed. *Gerontological nursing: Nursing competencies for care*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2010:602-627.



Abus sexuels



- **Fréquent:**
- **12 à 33%** des femmes
- et 8 à 16% des hommes
- très peu de praticiens, quelle que soit leur spécialité, les recherchent en routine.

Quelles conséquences ?

- ✓ **Symptômes urinaires multiples**, notamment l'association urgenturie / dysurie.
- ✓ Troubles ano-rectaux, en particulier un anisme ou un syndrome du colon irritable.
 - ✓ Dyspareunie, de syndrome douloureux chronique pelvi-périnéal.
- ✓ **Association diverses de ces troubles ++**

- ✓ **L'examen clinique est très difficile**, générant une grande angoisse.

- ✓ **Normalité du bilan et d'échec des traitements de 1^{ère} intention.**

Pourquoi faut-il y penser?

- Ils sont **fréquents**,
 - Ils peuvent rendre
 - les **examens difficiles**,
 - les **traitements proposés inefficaces**, si ces derniers ont été centrés uniquement sur le(s) symptôme(s) et non sur la cause principale.
 - Sont à l'origine d'une escalade d'examens et de consultations inutiles.
- ➔ Une **prise en charge plus spécifique** peut être proposée (psychologique, rééducative).

Comment s'y prendre?

- Rester neutre, tout en créant un climat de confiance :
« *Les troubles que vous avez sont assez complexes. Il a été décrit dans les associations de symptômes urinaires comme les vôtres, que ces troubles pourraient être liés des problèmes dans l'enfance en particulier des chocs psychologiques ou des agressions sexuelles. Est-ce que cela vous concerne?* »
- On peut aussi commencer par des questions plus «anodines» sur la sexualité actuelle, porte ouverte vers la sexualité antérieure.
- Un moment «privilégié » pour que les patients se confient est le **bilan urodynamique.**

Lien de causalité?

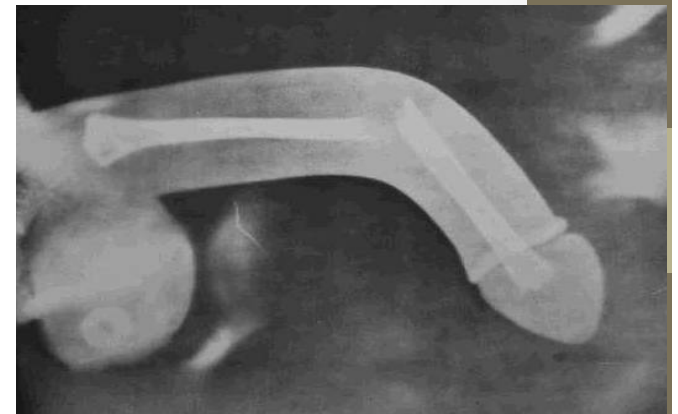
- Une des difficultés est d'établir un **lien de causalité** précis entre l'antécédent d'abus sexuel et le symptôme psychosomatique
- Retrouver un antécédent d'abus sexuel donne une lumière sur des éléments de vulnérabilité, mais son existence n'est pas une « explication » univoque aux différents symptômes, sauf s'il y a un blocage en mémoire qui a un lien direct avec cet évènement
- Amélioration des symptômes grâce à la prise en charge spécifique

Les verges aiguës

Stéphane DROUPY

Traumatismes et douleurs aiguës du pénis

- Traumatisme du pénis flaccide ou en érection.
 - Au cours des rapports sexuels, de manipulation ou d'activité sportives.
- Priapismes
- Thrombophlébites de la veine dorsale superficielle.
- Douleurs et dyspareunies
- Plaies pénétrantes et sections



TRAUMATISME DU PÉNIS FLACCIDE

36 ans - Coup de genou lors d'un match de football.

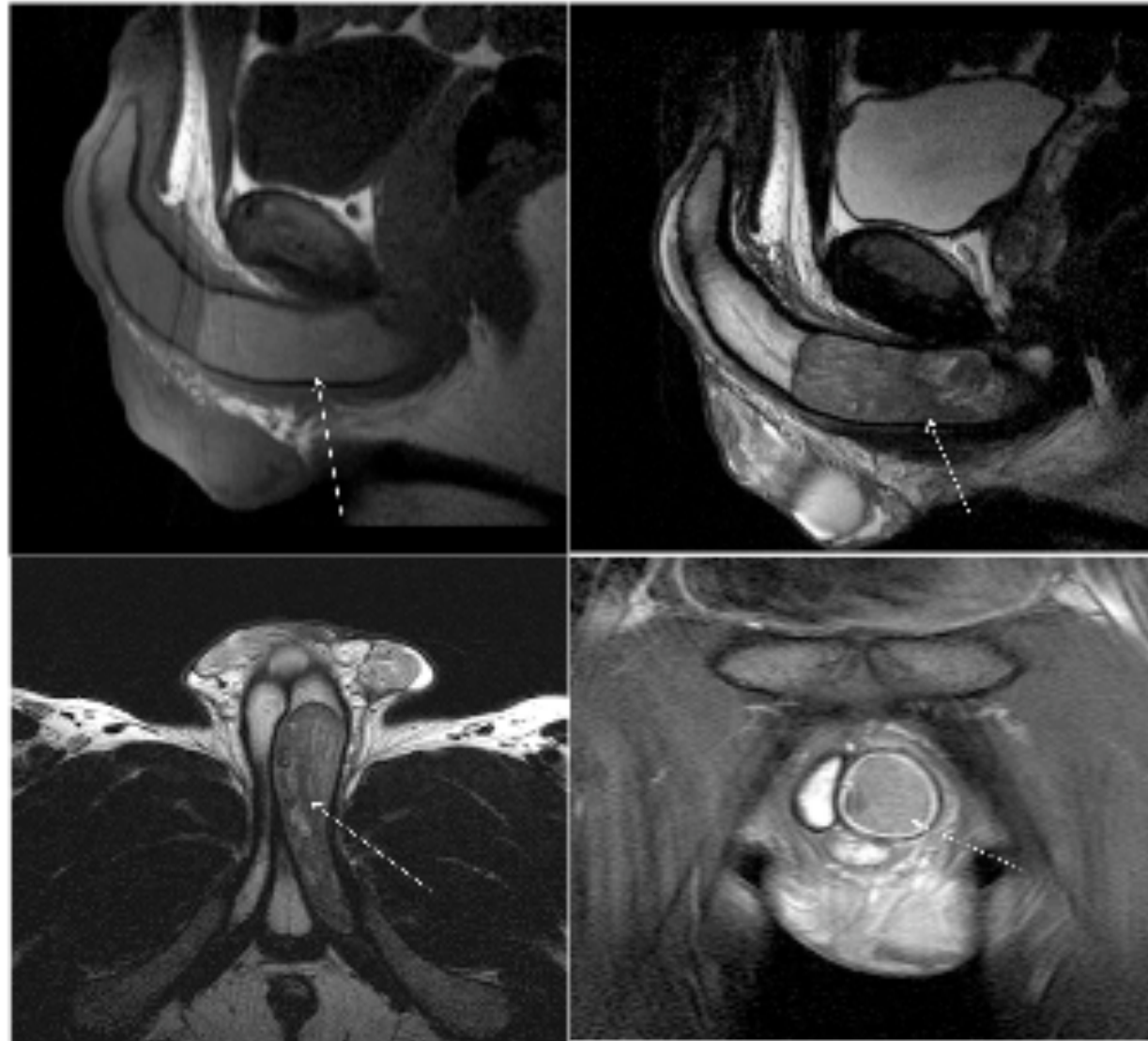
Hématome intra-caverneux:

Dysfonction érectile partielle ou asymétrique

Hématomes intra-caverneux

- Ecrasement du pénis flaccide contre le pubis.
- Coup de pied, Accident de moto ...
- Douleur, ecchymose et hématome intra-caverneux, dysfonction érectile.
- Parfois associé à une fracture du bassin
- Prise en charge tardive / DE
- Echo-Doppler et IRM: Diagnostic (éliminer une rupture albuginéale) et suivi (régression des hématomes)
- Rééducation Pharmacologique:
 - iPDE5 ou IIC

IRM: aspect d'un hématomate intracaverneux



bicyclette 43 ans - Accident de karting

Priapisme haut débit (artériel)

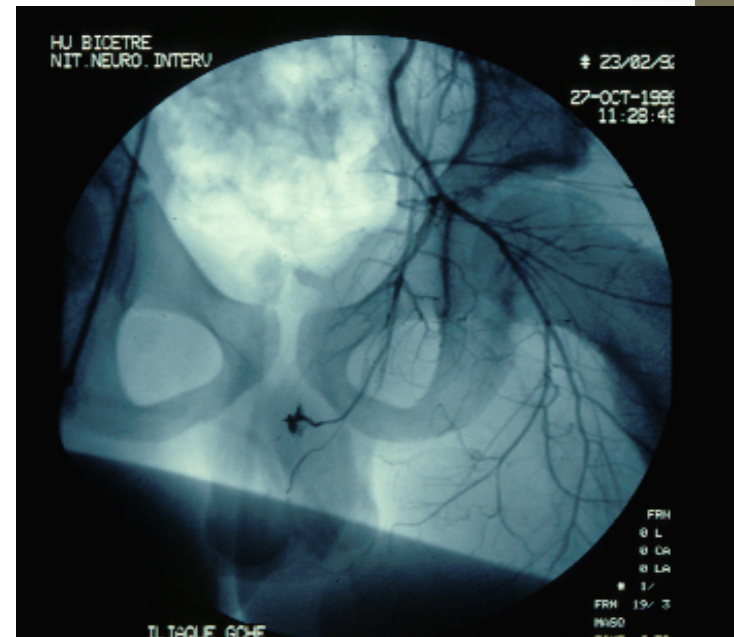
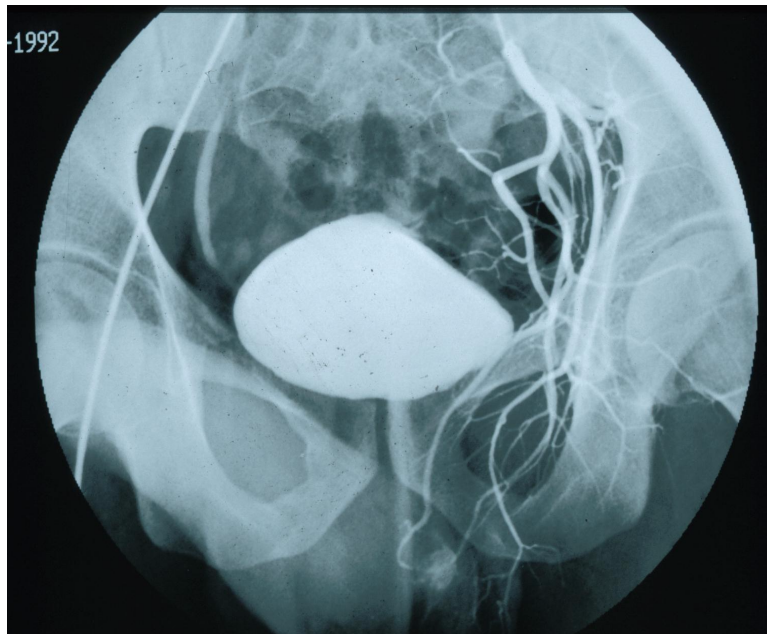
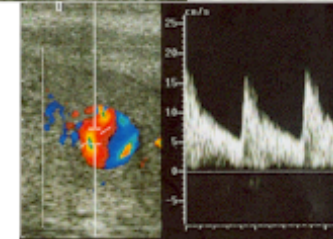
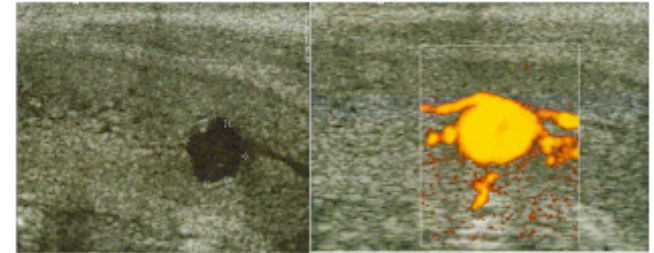
Erection partielle, persistante d'apparition retardée

Traumatisme du pénis flaccide

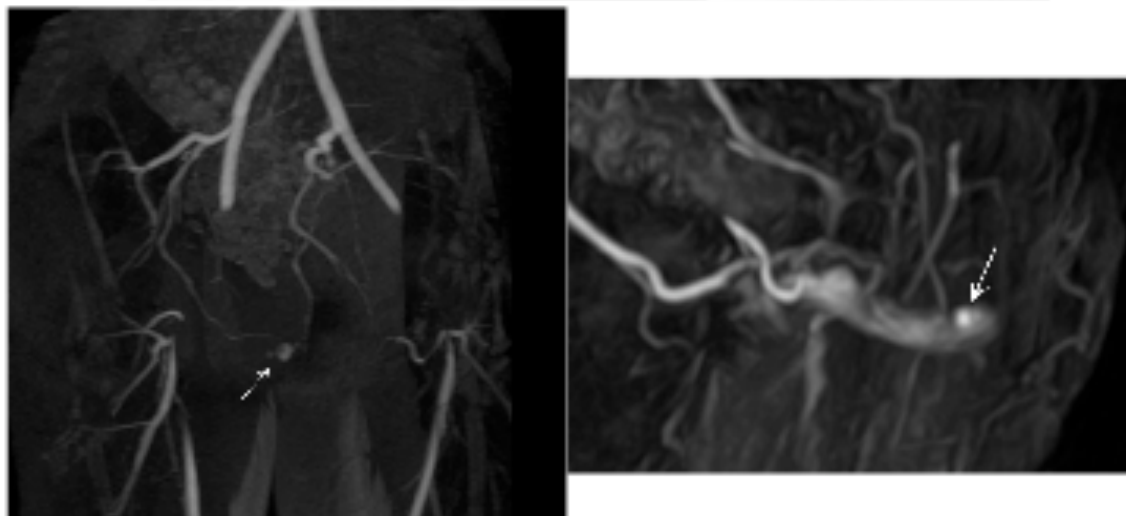
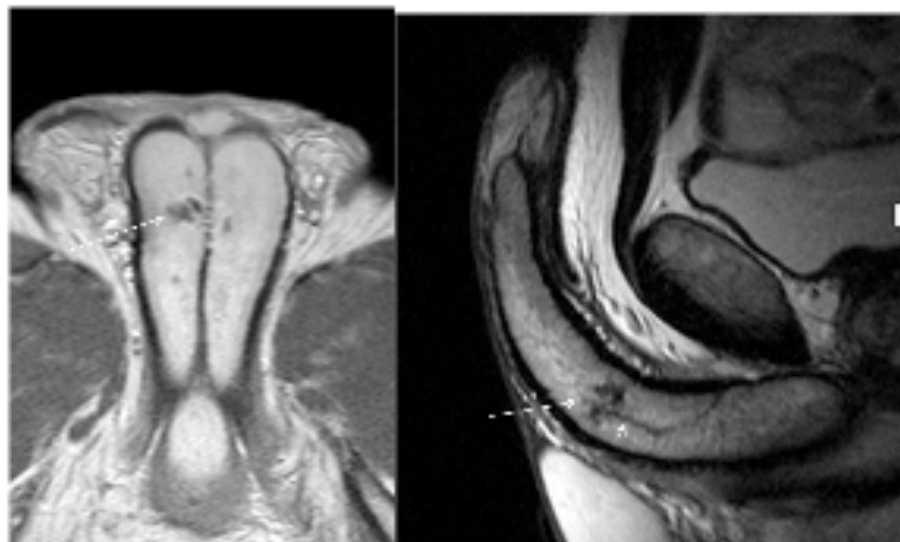
- Traumatisme du pénis écrasé entre le cadre osseux le vélo ou la direction du kart.
- Hématome face latérale du pénis.
- Miction sans problème.
- Consulte son MG **2 ou 3 jours plus tard** en raison de l'apparition retardée d'une **tuméfaction érectile unilatérale inconfortable et persistante.**
- Le médecin prescrit un AINS et vous l'adresse en consultation d'urologie.

Erection partielle et unilatérale

- Echo-Doppler pénien:
 - zone d'hypervascularisation à la racine du CC évoquant un priapisme haut débit
- Artériographie:
 - Fistule artériocaverneuse.



IRM: Aspect de la fistule artério-caverneuse



Quelle attitude thérapeutique ?

1. Surveillance simple
2. Compression prolongée de la fistule
3. Embolisation sélective
4. Ligature chirurgicale

Priapisme haut débit

- Le priapisme haut débit, non ischémique est de **bon pronostic** et peu disparaître spontanément.
- Une **régression spontanée** ou après manœuvre de **compression périnéale** prolongée est parfois observée. Une surveillance simple est donc une option raisonnable.
 - Petites fistules
 - Surveillance pas plus de 3 semaines
- Le traitement définitif est obtenu par **embolisation sélective** de la fistule cavernospongieuse par caillot autologue ou matériel résorbable (80%). Les séquelles sur la fonction érectile sont exceptionnelles.
- En cas d'échec de l'embolisation (éventuellement répétée) lié à l'importance de la fistule une **ligature chirurgicale** élective doit être pratiquée. Le risque de dysfonction érectile est plus important dans ce cas.

*Savoca et al J Urol 2004
Pryor et al J Sex Med 2004
Hatzichristou et al J Urol 2002*



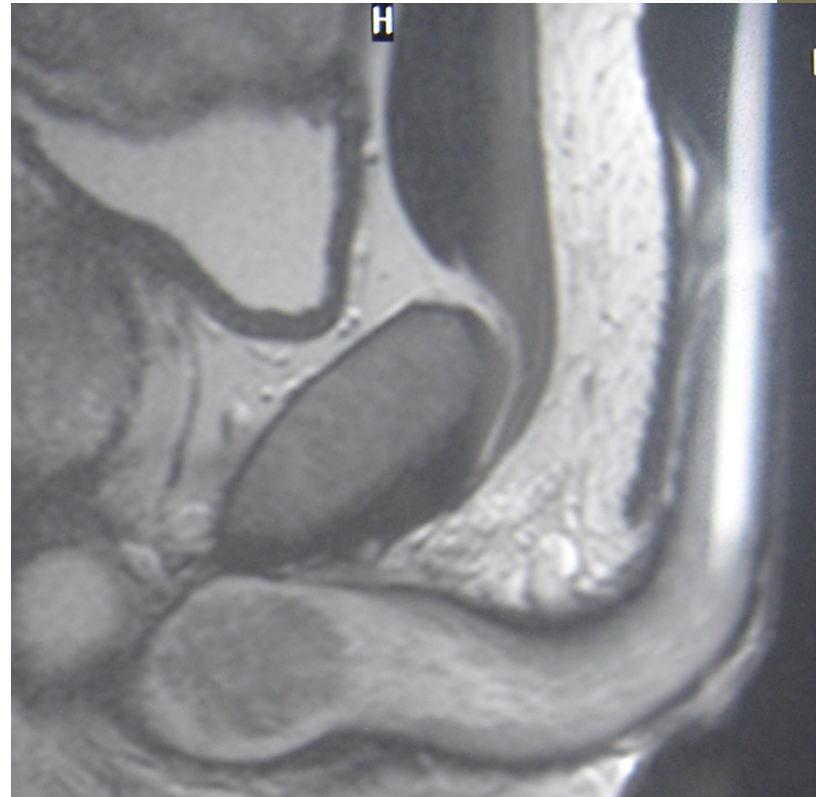
Manœuvre de compression

Zone d'embolisation
Revascularisation
Immédiate / artère controlatérale



25 ans, priapisme haut débit

- Pas de cause retrouvée
- Inefficacité des traitements mis en œuvre
- Aspect de fistule artériocaverneuse à l'Echodoppler.
- IRM: tumeur hypervasculaire
- Métastase d'une tumeur glomique intracardiaque.



ACCIDENT DU PÉNIS EN ÉRECTIONS



20 ans, après une semaine de vacances avec sa copine qu'il n'avait pas vu depuis...

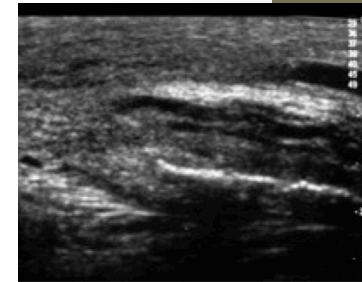
Thrombophlébite de la veine dorsale superficielle

Thrombophlébite de la veine dorsale superficielle: maladie de Mondor du pénis

- Symptômes: œdème et érythème du fourreau, cordon veineux induré et douloureux.
- Causes: Activité sexuelle « soutenue », infection locale, traumatisme, rétention vésicale ou tumeurs pelviennes, toxicomanie intraveineuse, anneaux péniens.
- Résolution spontanée en 6-8 semaines le plus souvent sans séquelles.

Thrombophlébite de la veine dorsale superficielle: maladie de Mondor du pénis

- Echo-Doppler: affirmer la thrombose de la VDS
 - En cas de doute diagnostique
- Bilan étiologique en l'absence de cause évidente
- Traitement :
 - AINS, pommade anti-inflammatoire
 - Antibiotiques en cas de cellulite ou de lésions infectée
 - Anticoagulant si suspicion de thrombopathie ou à la phase aigue pour certains.



45 ans - en week-end
dans un Relai Château
avec « une amie ».

Fracture des corps caverneux par « Faux pas du coït »

Fracture corps caverneux

- Contrainte supra physiologique corps caverneux en érection
- Craquement
- Détumescence immédiate
- Hématome fourreau de la verge

Etude Multicentrique Française

38 cas / 20 centres

Contexte:

« Infortune ou athlétisme sexuel »

Faux pas du coït: 85%

Manipulation: 15%

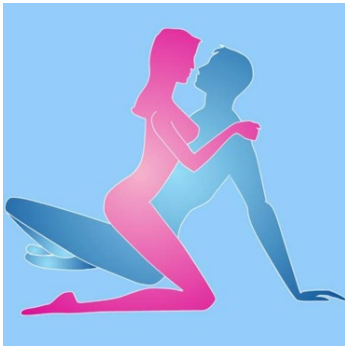
Position:

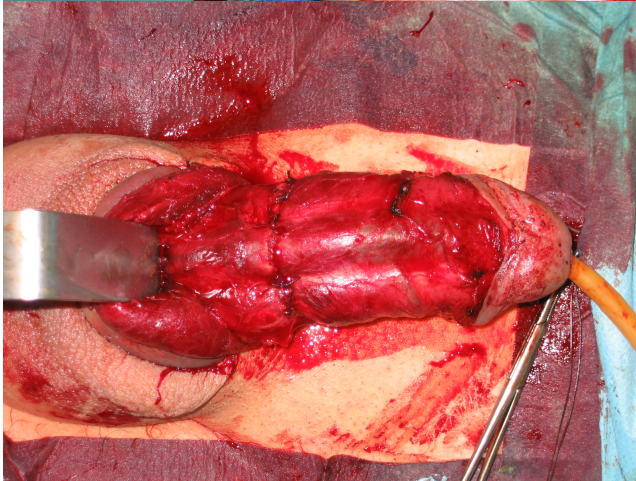
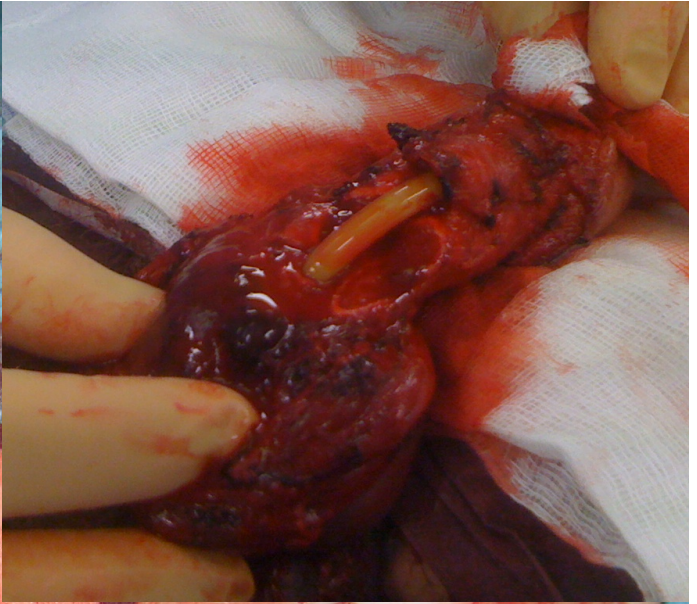
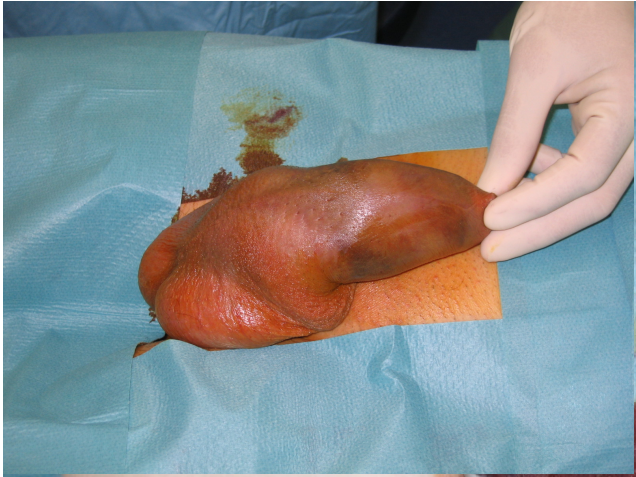
Levrette: 48% (sodomie 30%)

Andromaque: 20%

Lésions associées

Rupture de l'urètre: 18%





Imagerie:

- Affirmer le diagnostic dans les cas atypiques
- Préciser la localisation de la rupture pour un abord électif
- Échographie: accessible en urgence
 - Localisation de la fracture

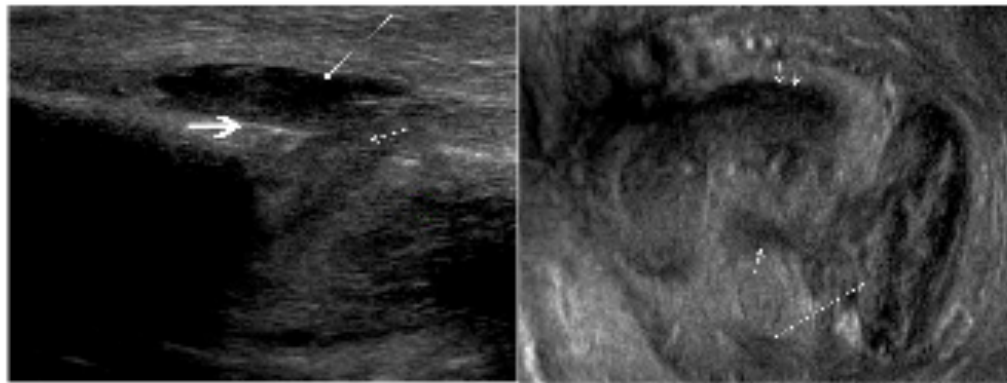
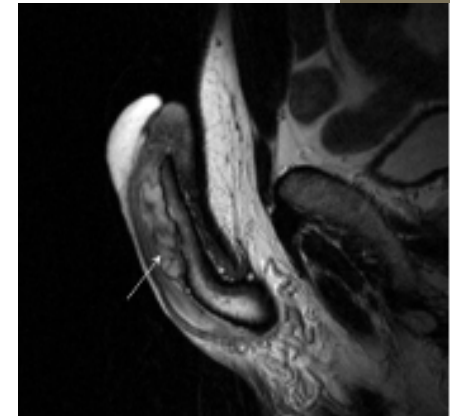
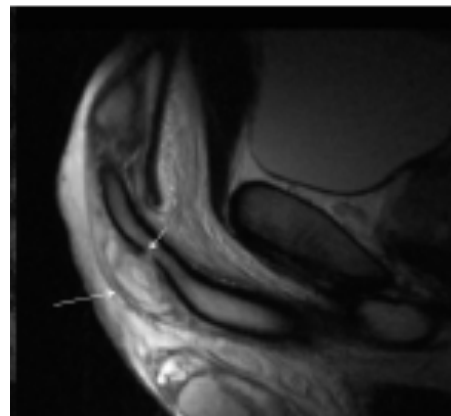
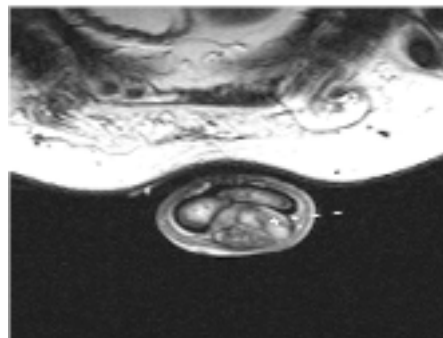
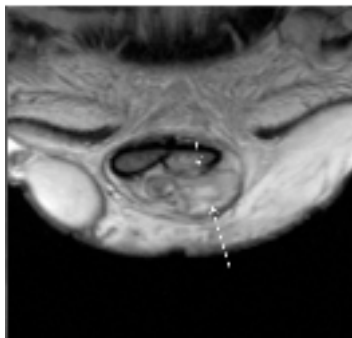


Figure 2 : Rupture (petite flèche) de l'albuginée (grosse flèche) à la face ventrale du corps caverneux gauche (double petite flèche) avec hématome (grande flèche) extra-caverneux.
a Coupe sagittale d'échographie.
b Coupe axiale d'échographie.

Réalisée dans 42% des cas en France

Imagerie:

- IRM: sensibilité 70-100%
 - Solution de continuité et hématome
 - Rupture de l'urètre visible après gado
 - En cas de doute diagnostique
 - Pour un abord électif
 - Manque de d'accessibilité en urgence



Utilisée dans 2% en France

Traitement chirurgical: la règle

- Urgence relative : 12h.
- Incision élektive (11/37)
 - Si localisation de la rupture clinique ou imagerie
- Incision coronale et dégantage (26/37)
 - Bilan lésionnel complet
 - Urètre
 - Posthctomie? (7 sans posthctomie: 1 reprise)
- Incision scrotale
- Fils: résorbables (4 à 2/0)

- Grima F, PaparelP, Devonec M, Perrin P, Caillot JL, Ruffion A Prise en charge des traumatismes des corps caverneux du pénis Progrès en Urologie (2006), 16, 12-18

- Zargooshi, J.: Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. J Urol, 164: 364, 2000

Post-op.

- Blocage des érections ? (oui 40%) pas nécessaire.
- 6 à 8 semaine de convalescence sans RS.
- Complications:
 - 4 courbures ou indurations
 - Nodule ou induration +/- tjs
 - 2 DE dont une transitoire
 - Littérature: 6,6% DE (âge, 2 corps caverneux)

Risk factors of erectile dysfunction and penile vascular changes after surgical repair of penile fracture. El-Assmy A, El-Tholoth. Int J Impot Res. 2011 Aug 11.

- 1 désunion cicatrice : posthectomie secondaire

35 ans, sous HBPM pour une phlébite / coagulopathie héréditaire

Priapisme ischémique:

Erection prolongée douloureuse des 2 corps caverneux,
gland flaccide

Les priapismes

- Le priapisme est une érection persistante, involontaire et qui n'est pas associée à un désir ou une stimulation sexuelle

Sémiologie des priapismes	
Bas débit (Ischémique)	Haut débit (Artériel)
Corps caverneux douloureux	Sensation d'inconfort souvent localisée
Érection rigide, gland flaccide	Tumescence
Pas d'activité sexuelle	Activité sexuelle conservée
Depuis quelques heures	Depuis plusieurs jours
Pas de traumatisme	Traumatisme
URGENCE	PAS D'URGENCE

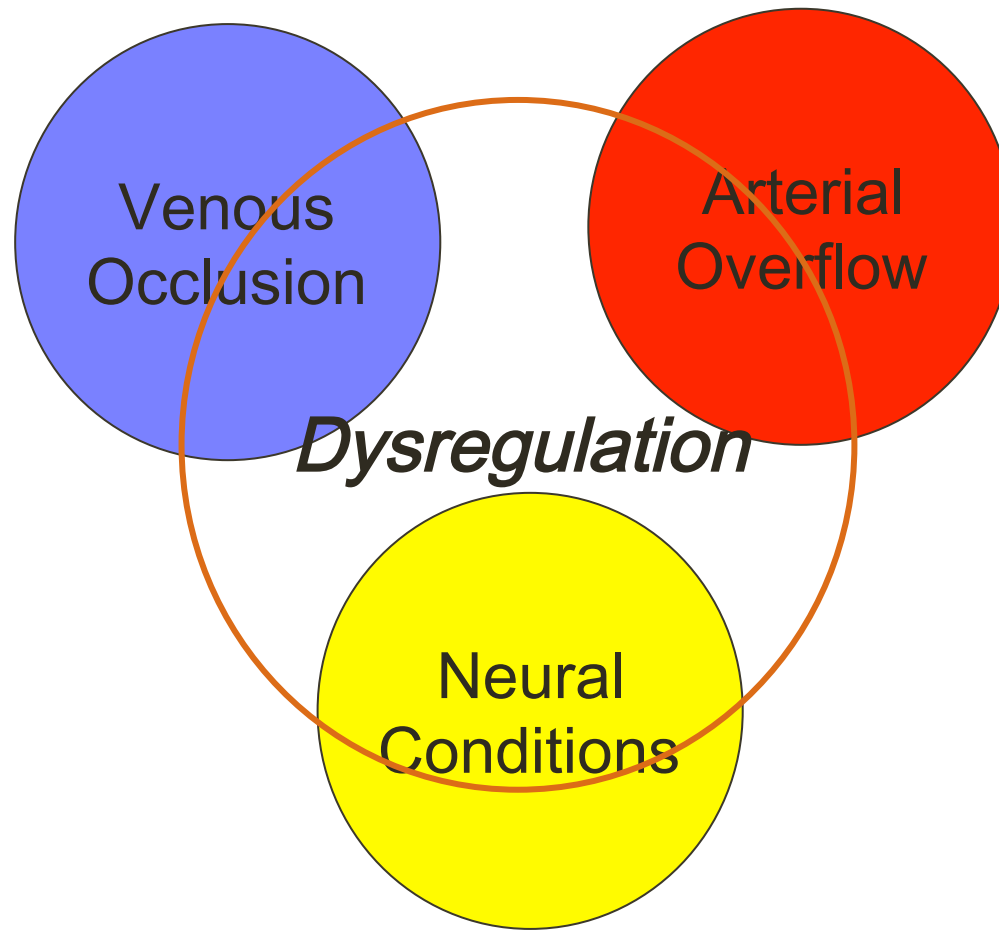
Étiologies:

Traumatisme	Pelvien Périnéal	Génital
Chirurgie de revascularisation		
Tumeurs	primitive	métastase
Maladies Neurologiques		
Médicaments	Cf Tableau	
Nutrition parentérale		
Maladies rénales	syndrome néphrotique Insuffisance rénale	Hemodialyse
Maladies métaboliques	Amylose Maladie de Fabry	Diabète Goutte
Maladies Hématologiques	Drépanocytose Leucémie Myélome Hémoglobinurie nocturne paroxystique	Thalassemie Thrombocythémie Purpura de Henoch-Schonlein

Étiologies : Médicaments

Anticoagulants	– Héparine	– Warfarine
Antihypertenseurs	– Dihydralazine – Guanethidine – Labetalol	– Nifedipine – Phenoxybenzamine – Prazosine
Antidépresseurs et Antipsychotique	– Phénelzine – Trazadone – Hypnotics – Clozapine – Diazepam	– Oxcarbazépine, – Aripiprazole – Lithium – Risperidone
Alpha-bloquants	– Tamsulosine – Doxazosine	– Terazosine – Prazosine
Drogues	– Cocaïne – Ethanol	– Marijuana
Injections intracaverneuses	– Papavérine	– Prostaglandine E1
Inhibiteurs de PDE5	Sildenafil citrate	
Hormones	Testostérone	

Pathophysiology



Priapisme ischémique

- Un priapisme ischémique, à bas débit, nécessite une prise en charge thérapeutique urgente afin d'éviter la nécrose musculaire. La prise en charge hématologique ne doit pas retarder le traitement mais un échantillon de sang doit être analysé à la recherche de drépanocytose, thalassémie majeure et de leucémie.
- Avant l'arrivée d'un urologue des mesures thérapeutiques simples peuvent être mises en œuvre:
 - Antalgiques morphiniques
 - Effortil 5mg per-os (4 à 6 cp) (CI: Glaucome, Ins. Coro, HTA, Hyperthyroïdie)
 - Terbutaline sous cutanée
 - Perfusion de Bleu de méthylène 1% en cas d'overdose d'IPDE5

Recommandation

- **Ponction évacuatrice du sang caverneux** (environ 60 ml, jusqu'à obtenir du sang oxygéné) confirme le diagnostic et fait disparaître la douleur,
- Si le priapisme ne disparaît pas après 10minutes une injection intracaverneuse d'agoniste alpha-adrénergique doit être réalisée et répétée si nécessaire pendant une heure afin d'obtenir une détumescence persistante.
- La ponction peut être au mieux réalisée grâce à une aiguille butterfly **19 gauge**, par voie **trans-balanique ou latérale** sous **bloc pénien**.
- La **gazométrie** est indiquée en cas de doute ou de non réponse à un traitement bien conduit.

Priapisme	PO2 (mmHg)	PCO2 (mmHg)	pH
Ischémique	<30	>60	<7.25
Artériel	>30	<60	>7.25

Recommandation pratique

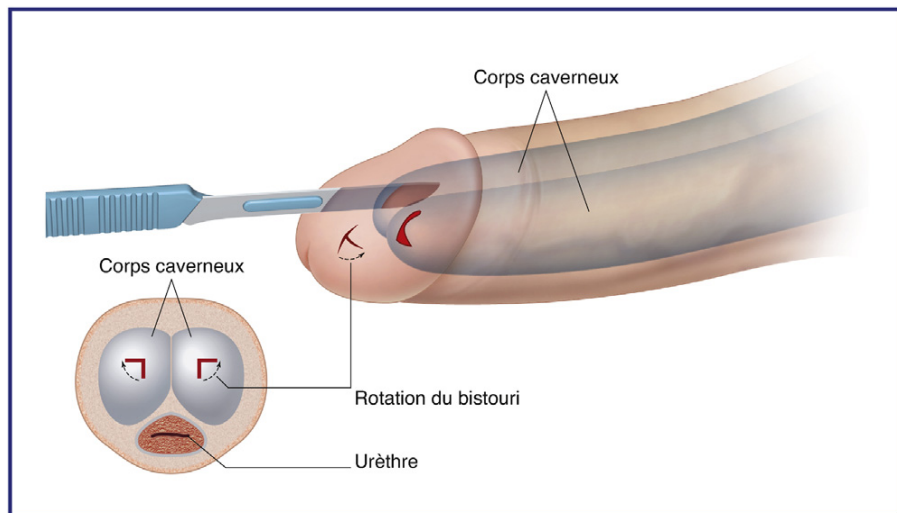
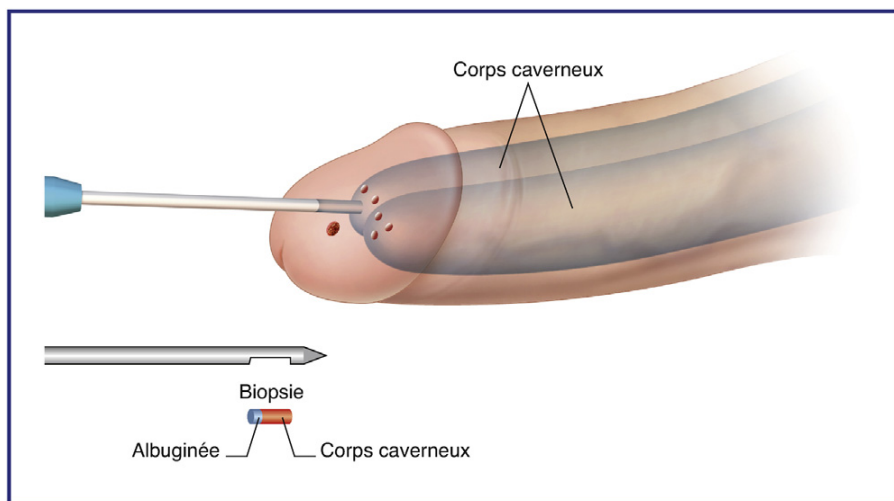
Injection intracaverneuse d'agoniste alpha-adrénergique

- Contre-indiquée en cas d'insuffisance cardiaque, d'hypertension non contrôlée, de trouble du rythme ou d'état cardio-vasculaire instable)
- Après évacuation d'environ 60 ml de sang (sang oxygéné)
- Sous monitoring pouls-TA de principe (même chez un sujet jeune sans antécédent cardio-vasculaire).
- **Phényléphrine 100µg/ml**
- Injecter 100 à 200 µg (une ampoule dans chaque corps caverneux par exemple)
- Renouveler toutes les 10 minutes jusqu'à détumescence
- Dose maximale: 0.5 à 2.5mg
- **Etiléfrine 10mg/ml**
- Diluer une ampoule avec 4 ml de sérum physiologique injectable
- Injecter 1ml (2mg) toute les 10 minutes jusqu'à détumescence
- Dose maximale : 10mg
- **Ephedrine 30mg/ml**
- Diluer 30mg d'éphedrine dans 10ml de sérum physiologique.
- Injecter 3ml toutes les 10min jusqu'à détumescence.
- Maximal dose: 100-150mg
- Répéter toutes les 10 minutes pendant au moins une heure jusqu'à obtenir une détumescence persistant 1 heure

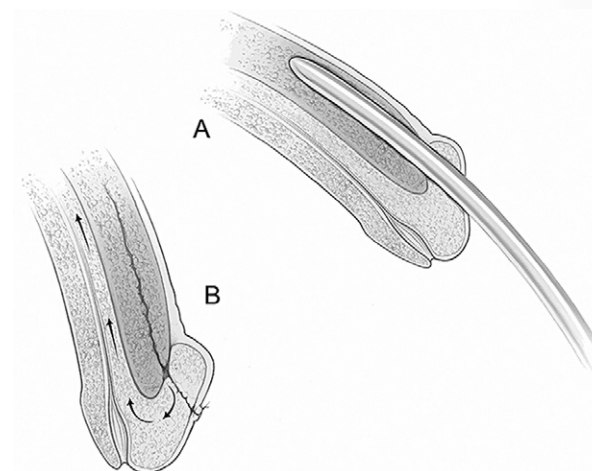
Shunts cavernospongieux

- En l'absence de résolution du priapisme après une heure de traitement bien conduit, un shunt cavernospongieux chirurgical doit être réalisé et entretenu régulièrement plusieurs jours par pression manuelle .
- La mise en place d'implants péniers peut être envisagée rapidement après un échec de traitement d'un priapisme pharmacologique chez un patient souffrant de dysfonction érectile avant le priapisme ou en cas de priapisme vu après 72 heures.
- Chez les patients présentant une **fonction érectile normale** avant le priapisme, les capacités de récupération d'une fonction érectile doivent être évaluées dans les trois mois qui suivent le priapisme sous couvert d'une rééducation pharmacologique (iPDE5 et/ou PGE1). La décision de mise en place d'implants péniers devra être prise dans ces délais afin d'éviter que la **fibrose** ne compromette les possibilités d'implantation et ne réduise la taille du pénis.

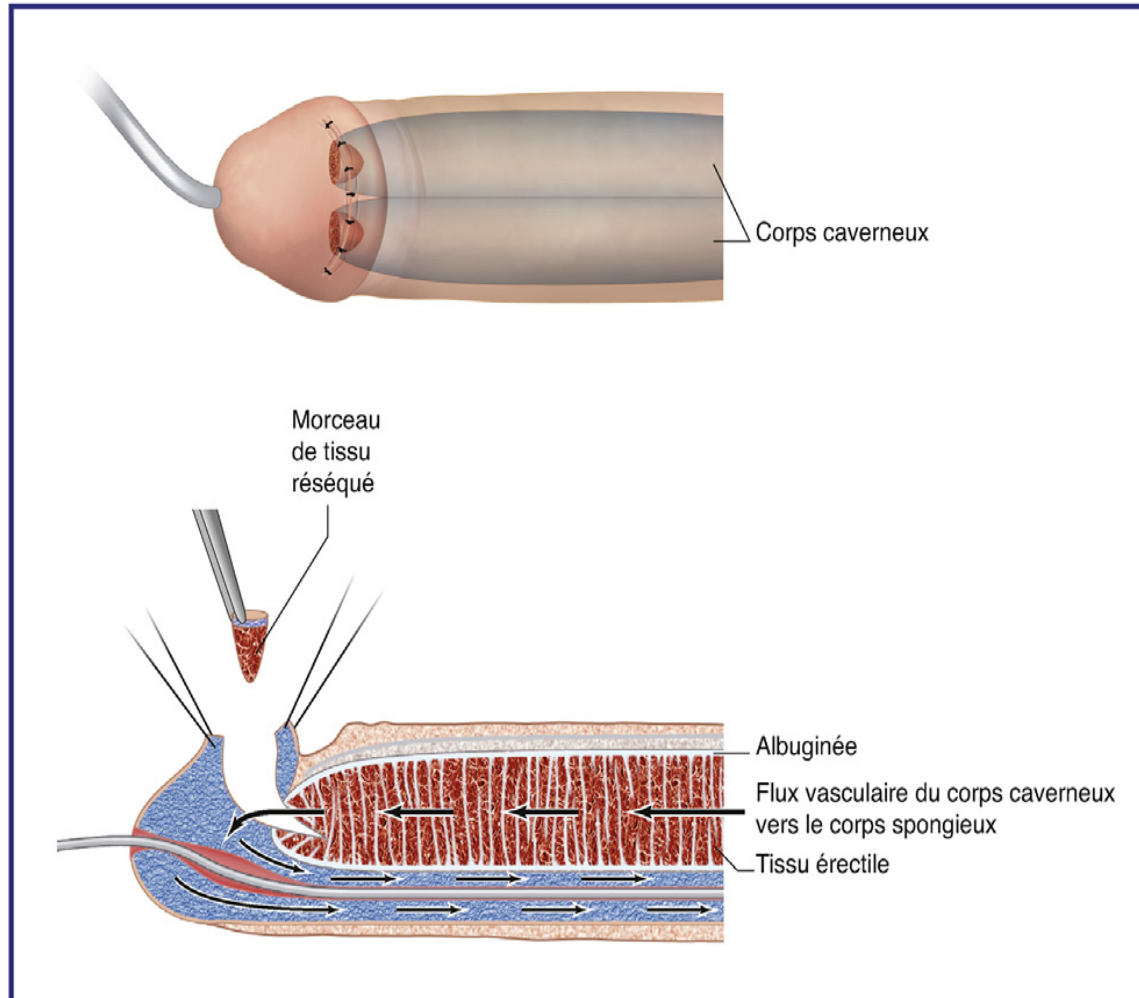
Shunts cavernospongieux



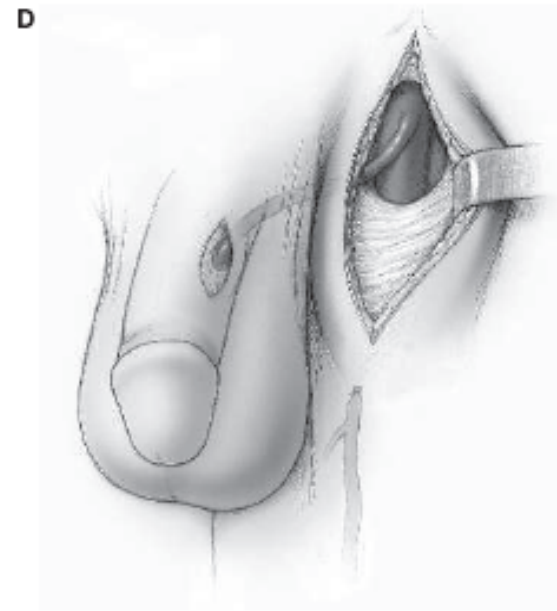
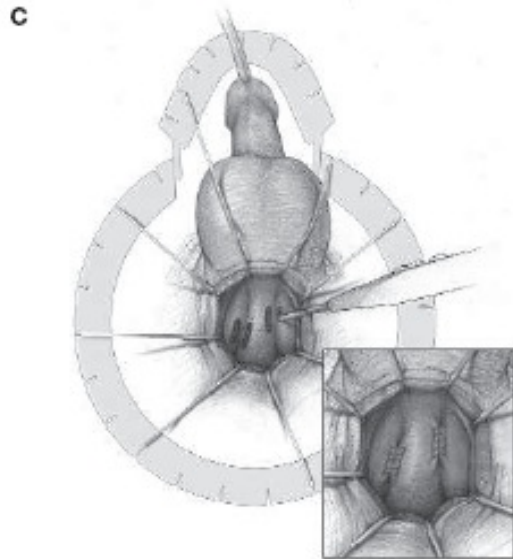
12



Al-Ghorad



Shunts proximaux



Malien 19 ans, drépanocytaire

Priapisme intermittent



Priapisme Intermittent

- Le priapisme récidivant ou intermittent ne survient pas uniquement chez les drépanocytaires et peut être ischémique ou non-ischémique, parfois de façon variable chez un même patient.
- Le blocage androgénique a prouvé son efficacité mais il est responsable d'effets secondaires inacceptable pour des hommes jeunes (infertilité et hypogonadisme).
- Il peut être contrôlé par différents médicaments dont l'efficacité n'a pas été prouvée par des essais contrôlés.
 - Les alphasimétiques: Effortil 3 à 6 cp matin et soir.
 - Les médicaments en cours d'évaluation sont chez les drépanocytaires les inhibiteurs de PDE5 en raison d'une anomalie probable de leur régulation qui serait responsable des épisodes de priapisme dans cette population (Cialis (tadalafil) 5mg /j) (Hydréa: 10mg/kg et augmenter progressivement)
 - Lioresal (Baclofen)
 - Neurontin (gabapentine)
 - Bricanyl (terbutaline)
- Traitement des épisodes aigus.
- Prise en charge des formes compliquées

Burnett et al Urology 2006

Pryor et al J Sex Med 2004

Cherian et al Postgrad. Med. J. 2006

Nécrose du pénis après priapisme dépranocytaire



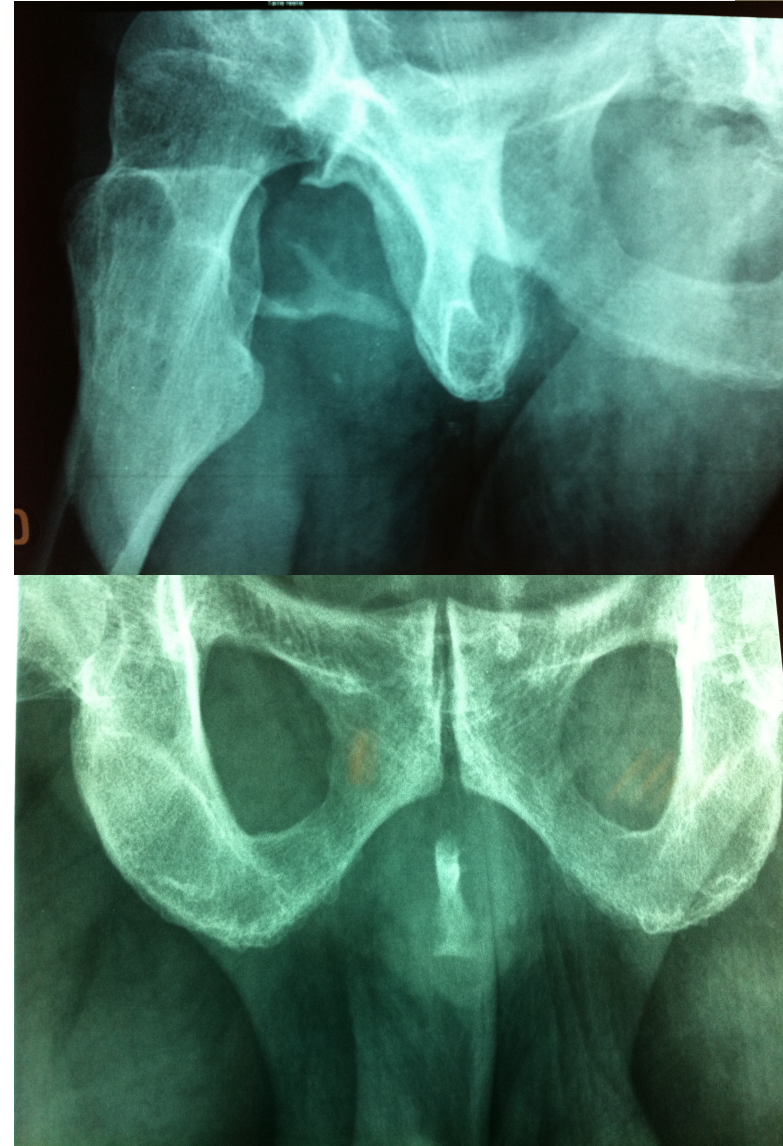
Nécrose du pénis après priapisme dépranocytaire





Maladie de Lapeyronie et Dyspareunies

- Les douleurs localisées au niveau de la plaque de fibrose albuginéale précèdent la déformation.
- Certains plaques évoluent vers des calcifications sans courbure mais avec des douleurs lors de l'érection ou les rapports sexuels.
- Dyspareunies:
 - Plaques
 - Phimosis
 - Brièveté du frein
 - Phlébolithes



Corps étrangers du pénis

De la curiosité à la paraphilie...

- Les pratiques sexuelles déviantes : **Paraphilies**.
 - Pratiques sexuelles étiquetées « hors normes » par rapport aux critères concernant les actes sexuels de la société où vit le sujet.
- Les équipes soignantes sont régulièrement confrontées, dans le cadre d'urgences, à des patient(e)s s'étant introduit des objets dans les différents orifices, essentiellement urinaires en pratique urologique.

Candidats aux élections en Papouasie Nouvelle Guinée



Définitions:

- Masturbation urétrale: » Coitus perurethram », sodurètre
 - Hommes ou femmes qui insèrent des corps étrangers dans l'urètre.
 - 33 à 85% pour stimulation sexuelle, curiosité.
 - Gay, BDSM (Bondage, Domination-Soumission, Sado-Masochisme)
 - Plug urétraux, bijoux d'urètre
 - 11% Troubles psychiatriques, démence, confusion, intoxication médicamenteuses ou toxicomanie.
 - auto-traitement de troubles urinaires (40%).
- En médecine, on ne connaît que les cas qui se passent mal...

van Ophoven A, deKernion JB: Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract. J Urol. 2000;164: 274-87
Zeigerman and Gillenwater JAMA Nov 22 1965

Physiologie:

- Innervation de l'urètre distal est identique à celle du Gland
 - Somatique sensitive /nerfs dorsal du pénis et Pudendal
 - Végétative: plexus pelvien.
- La stimulation de l'urètre transmet les informations vers les mêmes centres que la stimulation du gland ou du pénis.
 - Possibilité de déclencher un orgasme pas stimulation urétrale
- La stimulation douloureuse lors de pratiques extrêmes
 - Dilatation de l'urètre pour y insérer des objets de diamètre supérieur au diamètre normal du canal.
 - Équivalent des pratiques de « Fisting ».

Théories: Normal

- La théorie Kenney:
 - une stimulation accidentelle permet de découvrir le plaisir de l'urètre et est suivie par la répétition de cette action en utilisant des objets dont le danger est méconnu par le patient
 - une prédisposition psychologique particulier à la gratification sexuelle ou hypersexualité.

Kenney RD. Adolescent males who insert genitourinary foreign bodies; is psychiatric referral required? *Urology* 1988;**32**:127–9

Théories: Paraphilie

- Wise : **Masochisme**
 - manipulation urétrale: paraphilie combinant des éléments sado-masochistes et fétichistes où l'orgasme de l'individu dépend de la présence du fétiche.
- Régression à un stade de l'érotisme urétral en raison d'un événement traumatisant ou une hypersexualité.
- “Le Bonheur alterne sans fin avec la douleur, comme si l’un ne pouvait venir que de l’autre” Leopold von Sacher-Masoch

Wise TN. Urethral manipulation: an unusual paraphilia.
J Sex Marital Ther 1982;**8**:222–7

Théories: Compulsif

- **Hypersexualité** (Satyriasis, Nymphomanie)
 - 3-5% (5 hommes pour 1 femme)
 - Masturbation compulsive
 - Dépendance cybersexe, pornographie, strip-club, drogues
 - **Dépendance accessoires sexuels**
 - Sexe Intrusif (abus de position sociale ou prof)
 - Voyeurisme
 - REC multiples

Théories: Impulsif

- Symptômes d'un comportement impulsif
 - Auto-punition
 - Risque suicidaire
 - Certains auteurs préconisent une évaluation psychiatrique de tous les patients.
 - Controversée car beaucoup de ces patients sont psychologiquement normaux.

Clinique



Objets

- Bijoux, inerte ou vibrant
- Stylos, crayons
- Piles, tube de rouge à lèvres
- Morceaux de bois, clés Allen, lames de rasoir
- Ciseaux à ongle, fils de fer, bougies
- Animaux, sangsues, os
- Tentatives d'avortement
- Prise de température
- ...

Le patient

- Plus souvent des hommes mais...
- Auto-érotisme:
 - Patient honteux, humilié, coupable:
 - retard à consulter
 - Risque de complications
- Troubles psychiatriques à rechercher.
 - Paraphilies
 - Démences
 - Toxicomanies
 - Schizoïdes
- Troubles de la personnalité ou du comportement sexuel.

Symptômes

- Asymptomatique
- cystite aiguë, dysurie, hématurie et pollakiurie.
- Oedème des OGE, infection.
- Rétention vésicale complète
- Complications:
 - Abscès, fistules, diverticules
 - Calcification, uropathie obstructive,
 - Gangrène du scrotum, les fistules vésico-vaginales, carcinome spinocellulaire
 - Mort de sepsis.
- Comportement:
 - Anxiété, refus de l'examen génital ou pelvien

PRISE EN CHARGE

- L'extraction du corps étranger, en utilisant le moyen le moins invasif, tout en évitant les complications, ainsi l'extraction endoscopique doit être toujours tentée en premier.
- Evaluer l'état psychiatrique du patient, et au moindre doute se référer au psychiatre pour rechercher une étiologie psychiatrique méconnue et qui peut être dangereuse

Quiz:

- **Il importe donc que le soignant sache distinguer ce qui est:**
 - 1. une fantaisie sexuelle**
 - 2. Une paraphilie**
 - 3. Pb psychiatrique, une mise en danger**
 - 4. une auto-médication « chirurgicale »**

Bijoux et stimulateurs



Bijoux d'urètre



Stimulateur de périnée et de prostate



Stimulateur de pénis

Piercing et automutilation



Jeux sexuels

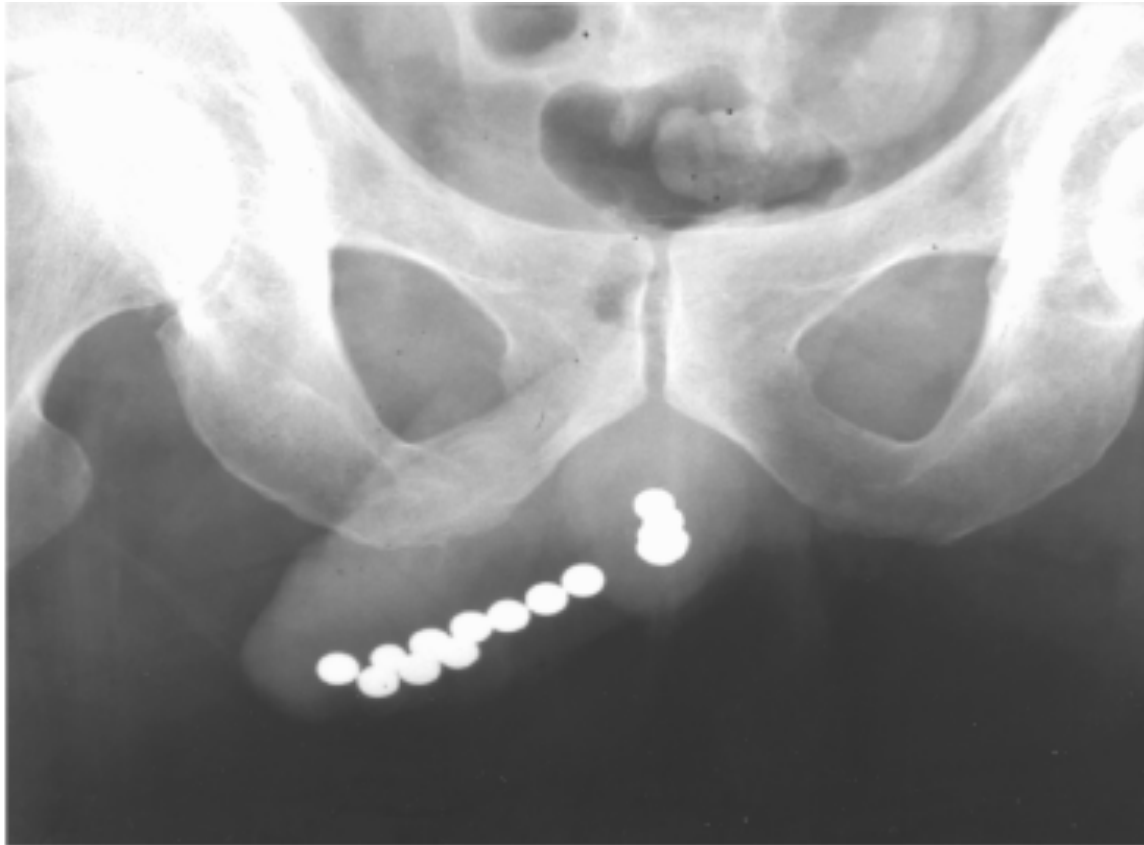
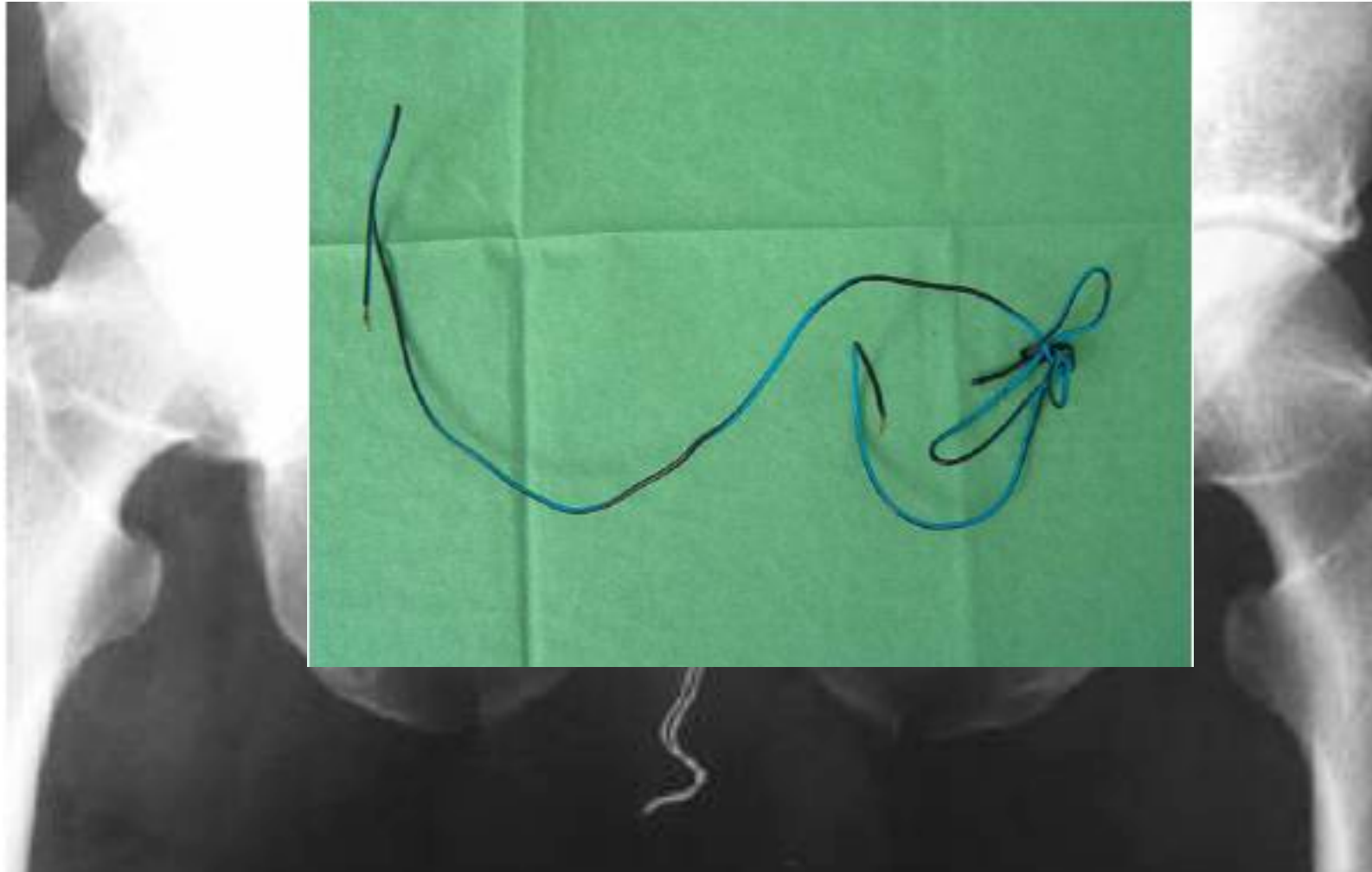
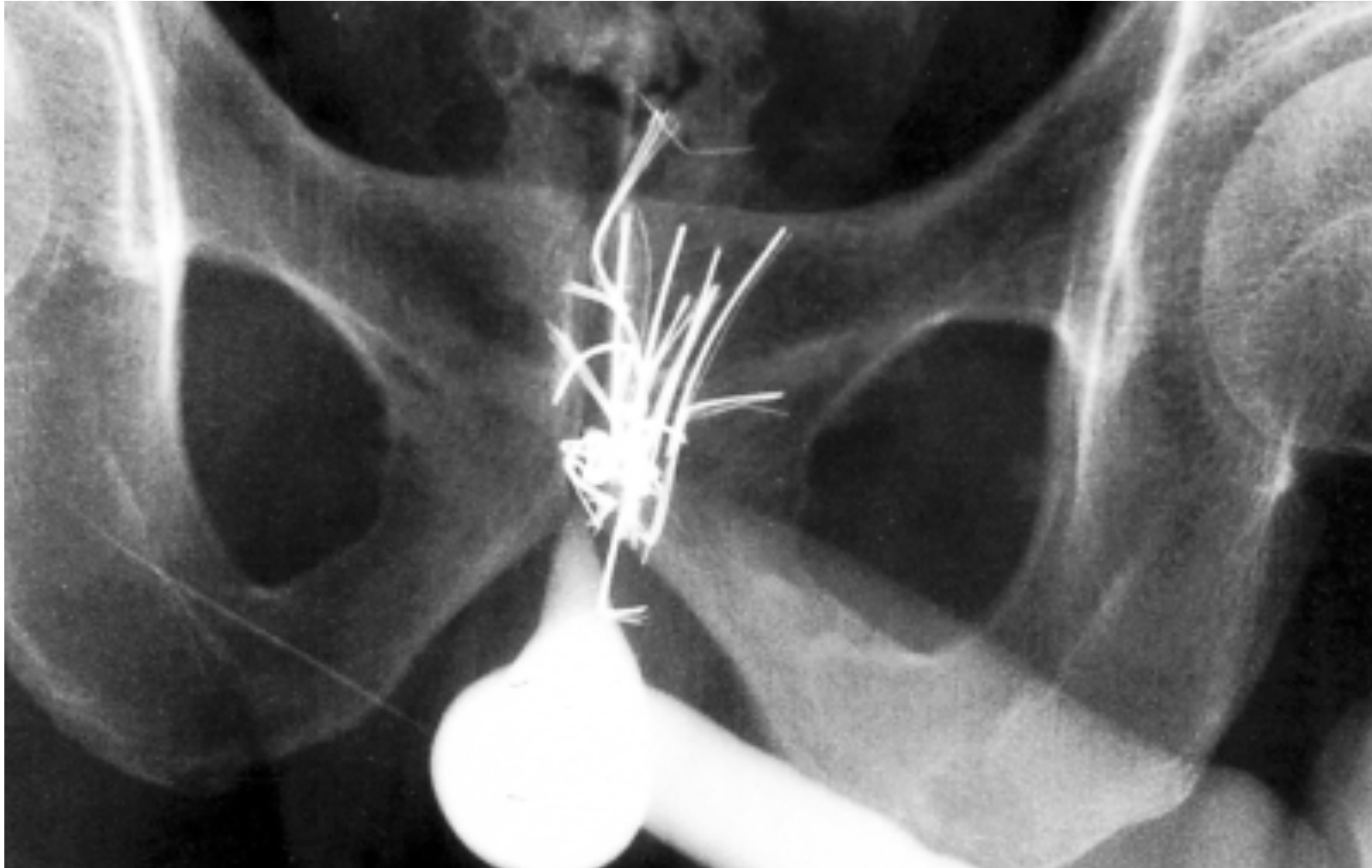


Figure 1 – X-ray of the pelvis showed multiple metallic objects approximately 1 cm in diameter in the anterior and posterior urethra.

Auto-traitement de troubles urinaires



Acupuncture prostatique pour augmenter l'énergie sexuelle



Faire pipi dans l'Amazonie : Candiru (*Vandellia cirrhosa*), pas de chance !



Manque d'énergie: piles électriques



Pliages et Origami

HAMBURGER



1. Place the testicles on your fingertips.



2. Roll the penis between the testicles.



3. Turn on a 90-degree angle.



4. Squeeze the testicles and hold like a hamburger.

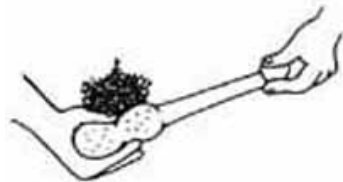
Puppetry of the Penis Copyright © Simon Marley and David Friend 2000

Published 2000 by Bantam Press a division of Transworld Publishers Photographs © Johnny Ring 2000 Illustrations © Fred Negro 2000



Pliages et Origami

LOCH NESS MONSTER



1. Grasp the head of the penis with one hand and pull sideways. With the other hand, hold the testicles next to each other.



2. Prop up the testicles to create two humps.



3. Pinch the penis below the head and raise skywards. The search is over, Nessy does exist.

Puppetry of the Penis Copyright © Simon Merley and David Friend 2000

Published 2000 by Bantam Press a division of Transworld Publishers Photographs © Johnny Ring 2000 Illustrations © Fred Negro 2000



Amateur d'eau pétillante



Conclusions

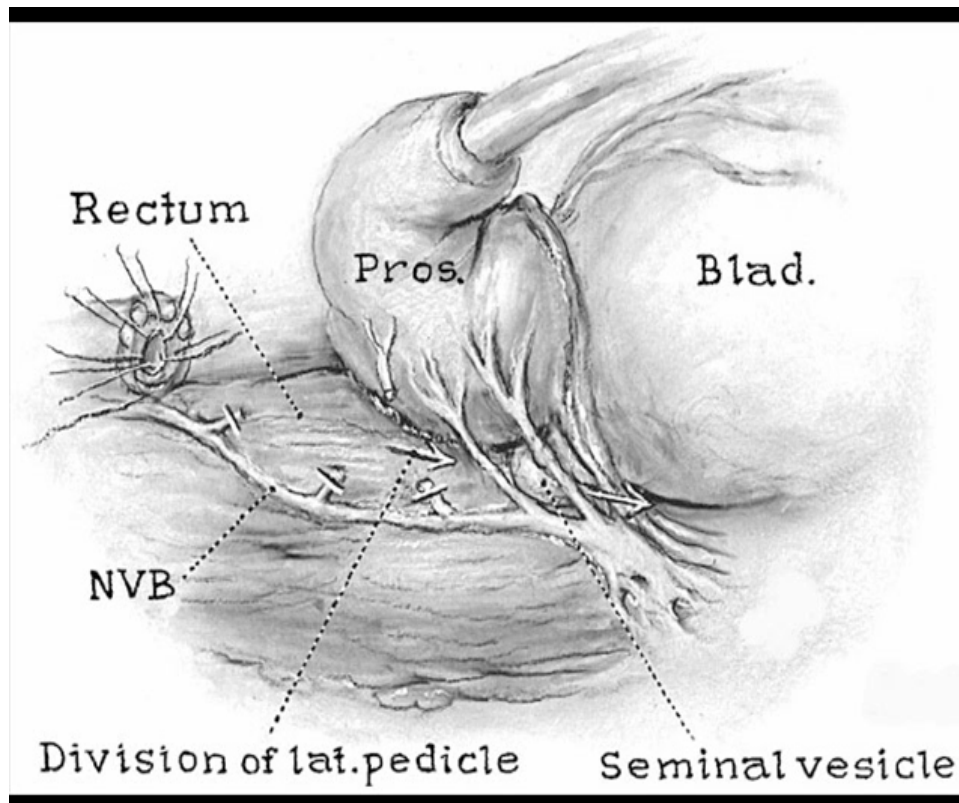
- Les verges aigues sont rares
- Prises en charge en urgence
 - Retard
 - par les juniors
- Protocoles de prise en charge des priapismes à diffuser
- Formation spécialisée
 - DIU de chirurgie de la verge
 - DESC d'andrologie

Faut-il prescrire une rééducation érectile après prostatectomie ?

Stéphane Droupy

Patrick C. Walsh 1982

- « *These data indicate that it is possible to cure localized prostatic cancer with surgery and maintain postoperative sexual function* » Walsh et al Prostate 1983.



Dysfonctions sexuelles ???

- Aspermie:100%
- Dysfonction érectile :
 - Préservation : 15-85%
- Orgames
 - Orgasmurie ou perte d'urines pendant les rapports: 20 à 45 %
 - Douleurs: 10-20%
 - Baisse intensité: 30-60%
- Pénis:
 - Raccourcissement subjectif: jusqu'à70%
 - Diminution sensibilité: jusqu'à40%
 - courbure: 10%
- Désir ...

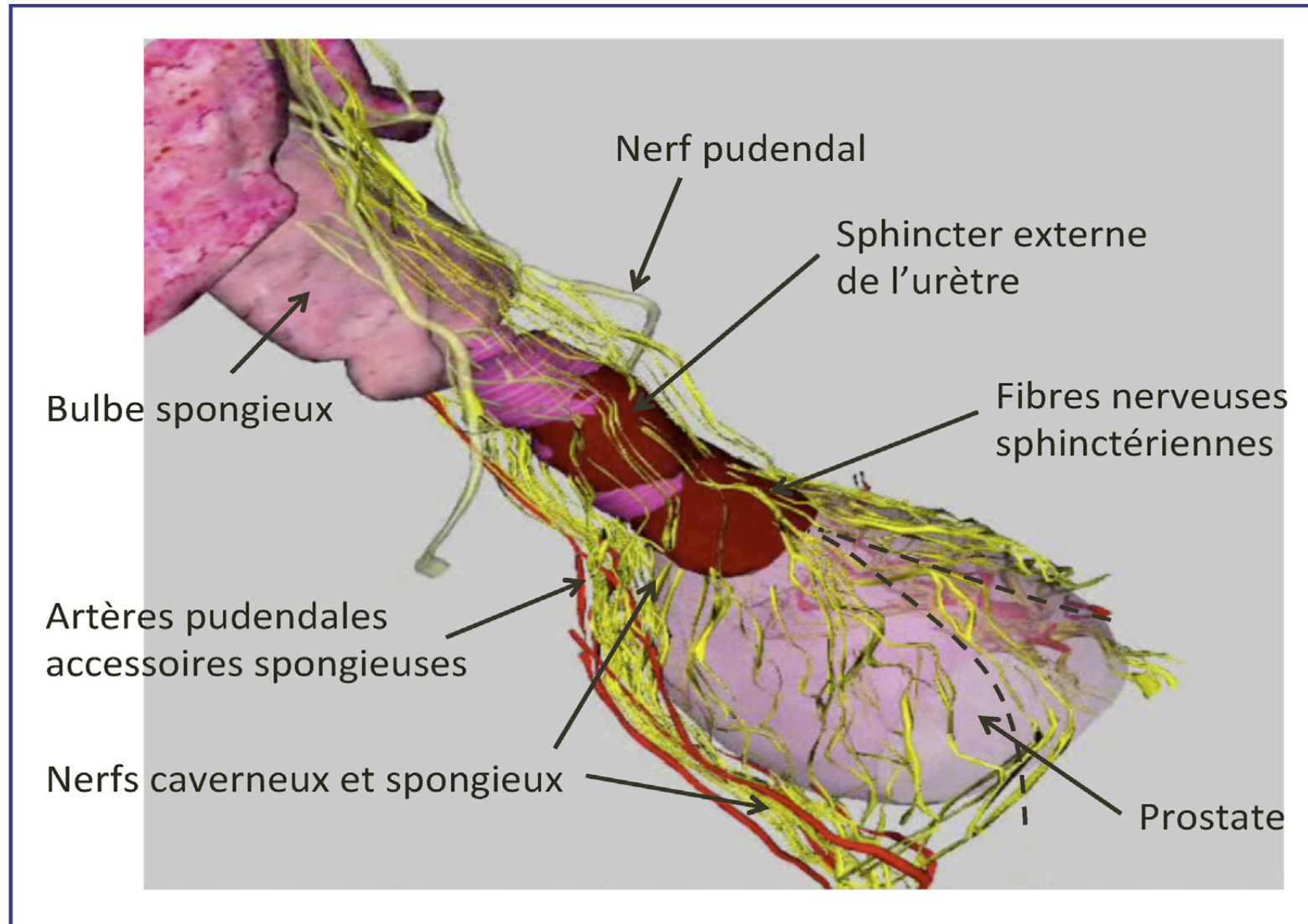
Francesco Montorsi 1997

- IIC PGE1 débutées 1 mois après PT avec préservation Bilat.
- À 6 mois :
 - Groupe IIC : 67 % érections spontanées / RSS
 - 17 % de fuites caverno-veineuses en Echo Doppler
 - Groupe sans tt : 20 % ‘ ’ ‘ ’ ‘ ’
 - 53 % de fuites caverno-veineuses en Echo Doppler
- Biais :
 - Pas de groupe placebo, définition succès
 - Rôle de la stimulation/RS
 - Rôle direct de la PGE1

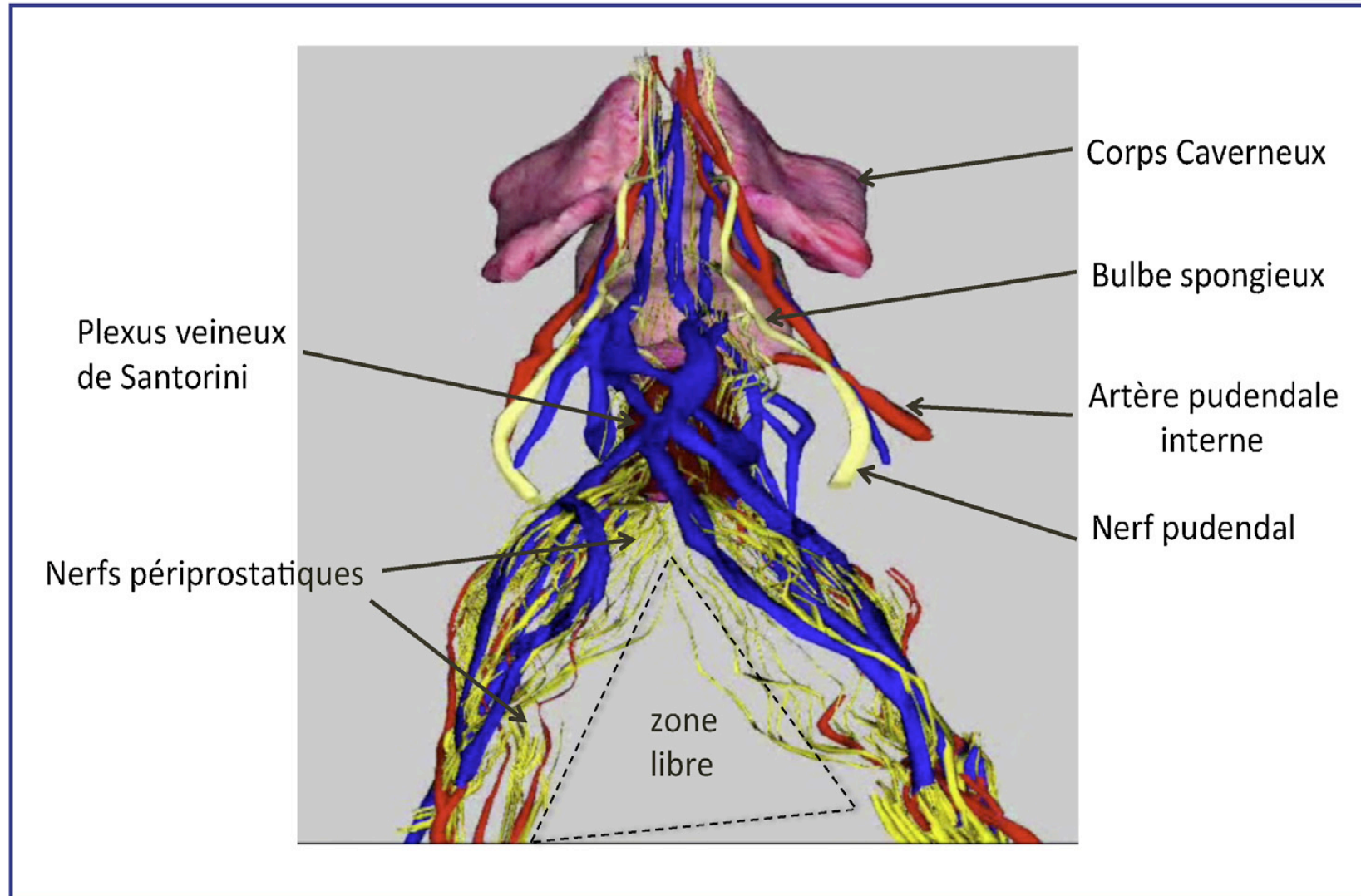
Questions ?

- Peut-on améliorer la qualité ou la rapidité de la récupération de la fonction érectile après une prostatectomie grâce à une prise en charge pharmacologique, mécanique ou sexologique ?
- Sur quels autres facteurs modifiables est-il possible d'intervenir pour améliorer la qualité de la récupération de la sexualité après prostatectomie pour cancer de la prostate?

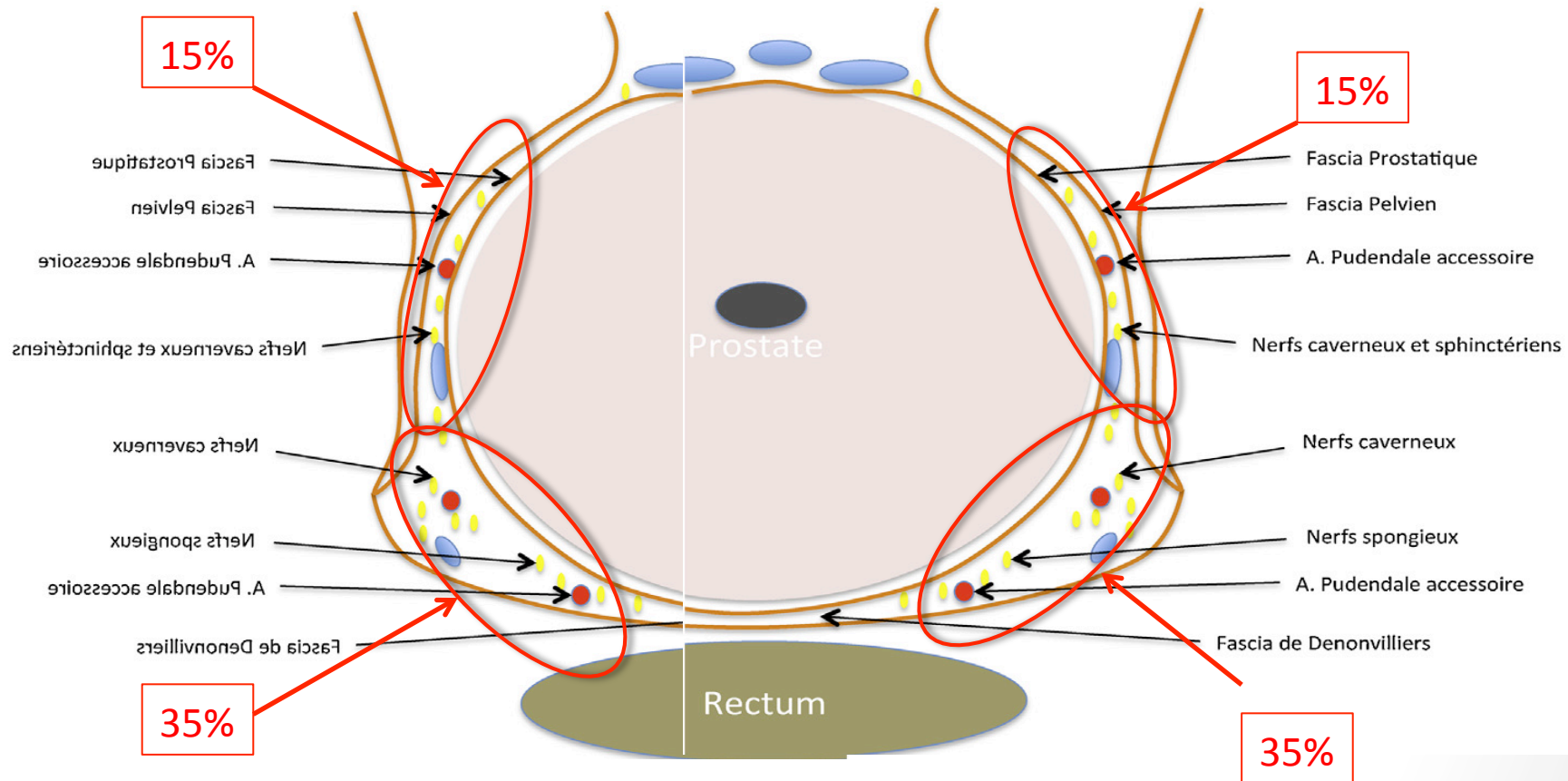
La préservation nerveuse

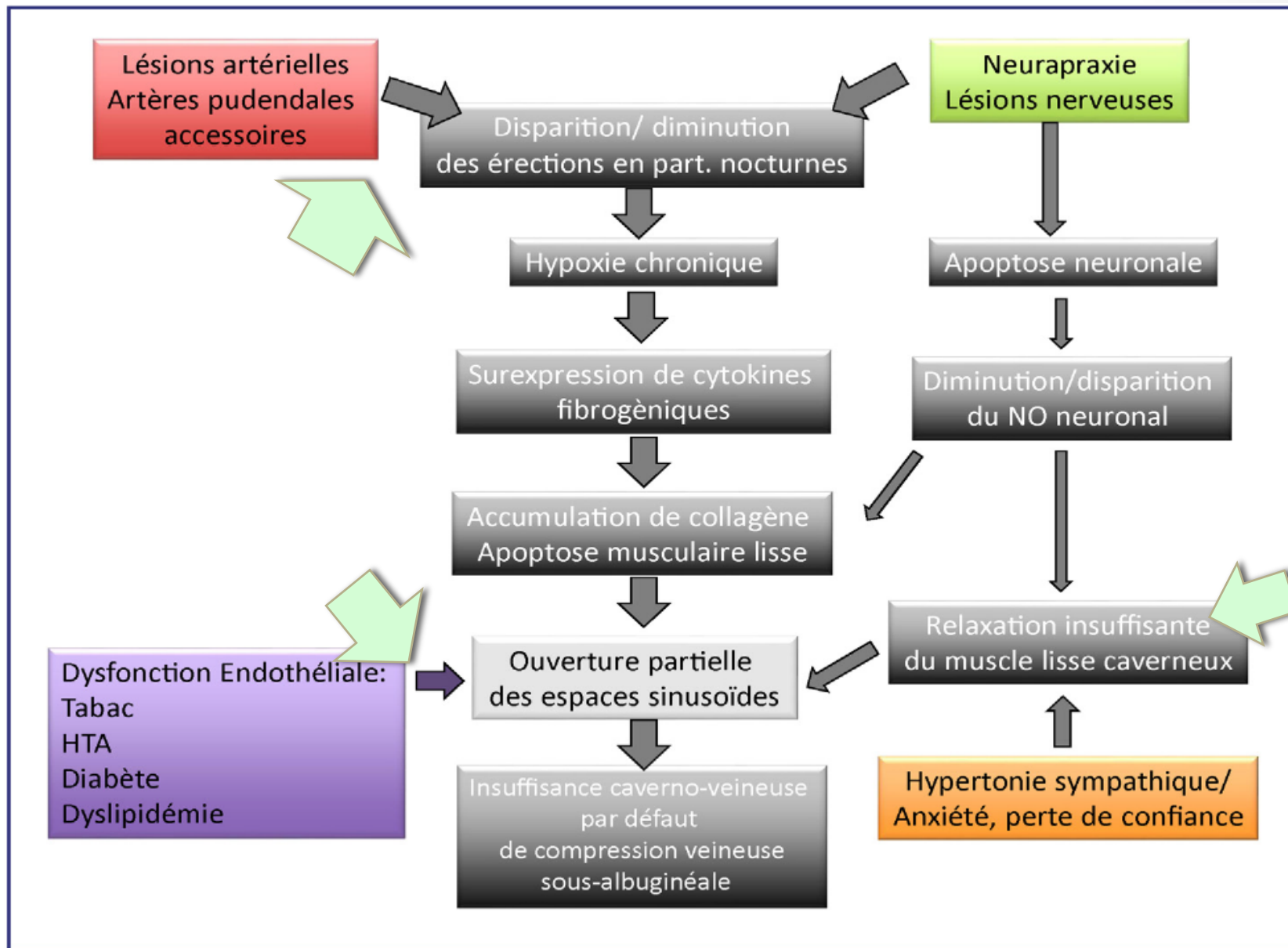


La préservation nerveuse



La préservation nerveuse





L'hypothèse de la rééducation pharmacologique

- La rééducation érectile permettrait une oxygénation précoce des corps caverneux ⁽¹⁾
 - **Rééducation passive :**
 - IPDE5 en prise quotidienne, pour optimiser les érections nocturnes
 - **Rééducation active : (2-3 /semaine)**
 - Injections intra-caverneuses d'alprostadil
 - IPDE5 à la demande lors de rapports sexuels réguliers

(1) Hinh P *et al.* Overview of Contemporary Penile Rehabilitation Therapies. Adv Urol. 2008 ; 2008 : 481218.

Evidence based medicine



NIVEAU DE PREUVE 1

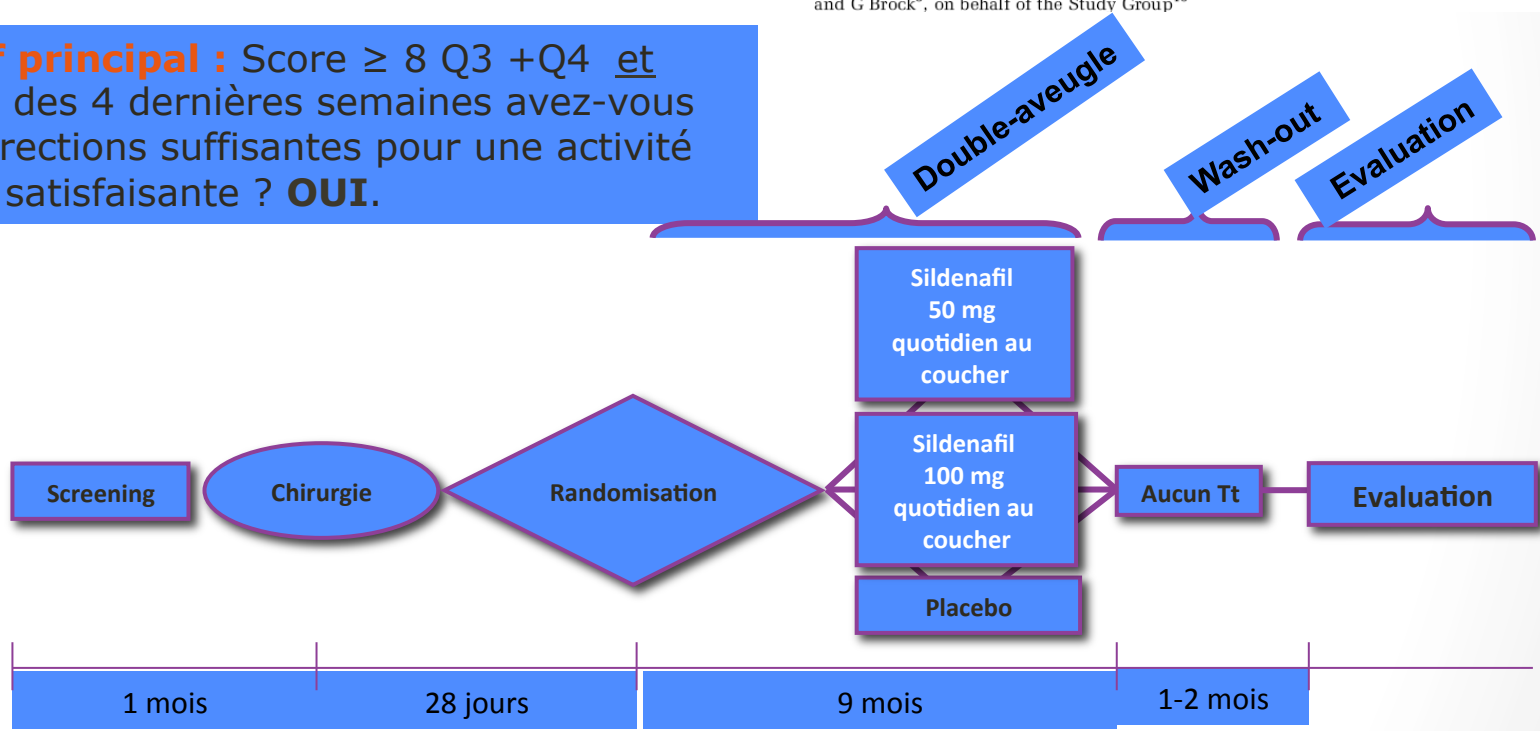
Etude randomisée, en double-aveugle, multicentrique, en groupes parallèles, comparant le traitement par sildenafil 50mg ou 100mg (doses fixes) en prise quotidienne nocturne au placebo chez des hommes venant de subir une prostatectomie totale avec préservation des nerfs érecteurs (28 jours)

ORIGINAL ARTICLE

Randomized, double-blind, placebo-controlled study of postoperative nightly sildenafil citrate for the prevention of erectile dysfunction after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy

H Padma-Nathan¹, AR McCullough², LA Levine³, LI Lipshultz⁴, R Siegel^{5,9}, F Montorsi⁶, F Giuliano⁷ and G Brock⁸, on behalf of the Study Group¹⁰

Objectif principal : Score ≥ 8 Q3 +Q4 et au cours des 4 dernières semaines avez-vous eu des érections suffisantes pour une activité sexuelle satisfaisante ? **OUI.**



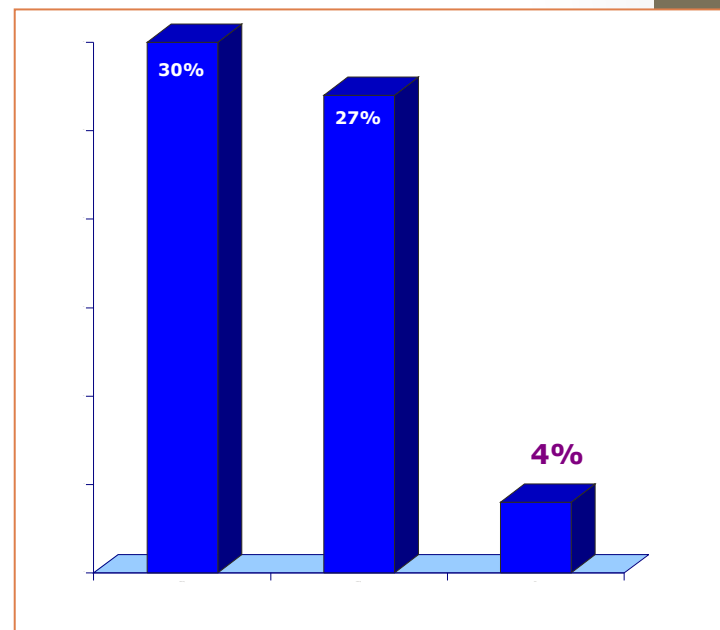
Résultats

ORIGINAL ARTICLE

Randomized, double-blind, placebo-controlled study of postoperative nightly sildenafil citrate for the prevention of erectile dysfunction after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy

H Padma-Nathan¹, AR McCullough², LA Levine³, LI Lipshultz⁴, R Siegel^{5,9}, F Montorsi⁶, F Giuliano⁷ and G Brock⁸, on behalf of the Study Group¹⁰

- Critère Principal :
 - 30 % 100mg, 27 % 50mg, 4 % Placebo
 - IIEF FE moyen
 - 13,7 100mg ; 12,8 50mg, 8,8 Placebo
- Pb Méthodologiques :
 - Taux de récupération < prévision
 - Analyse de 75 pts (165), sur 5 centres (11)

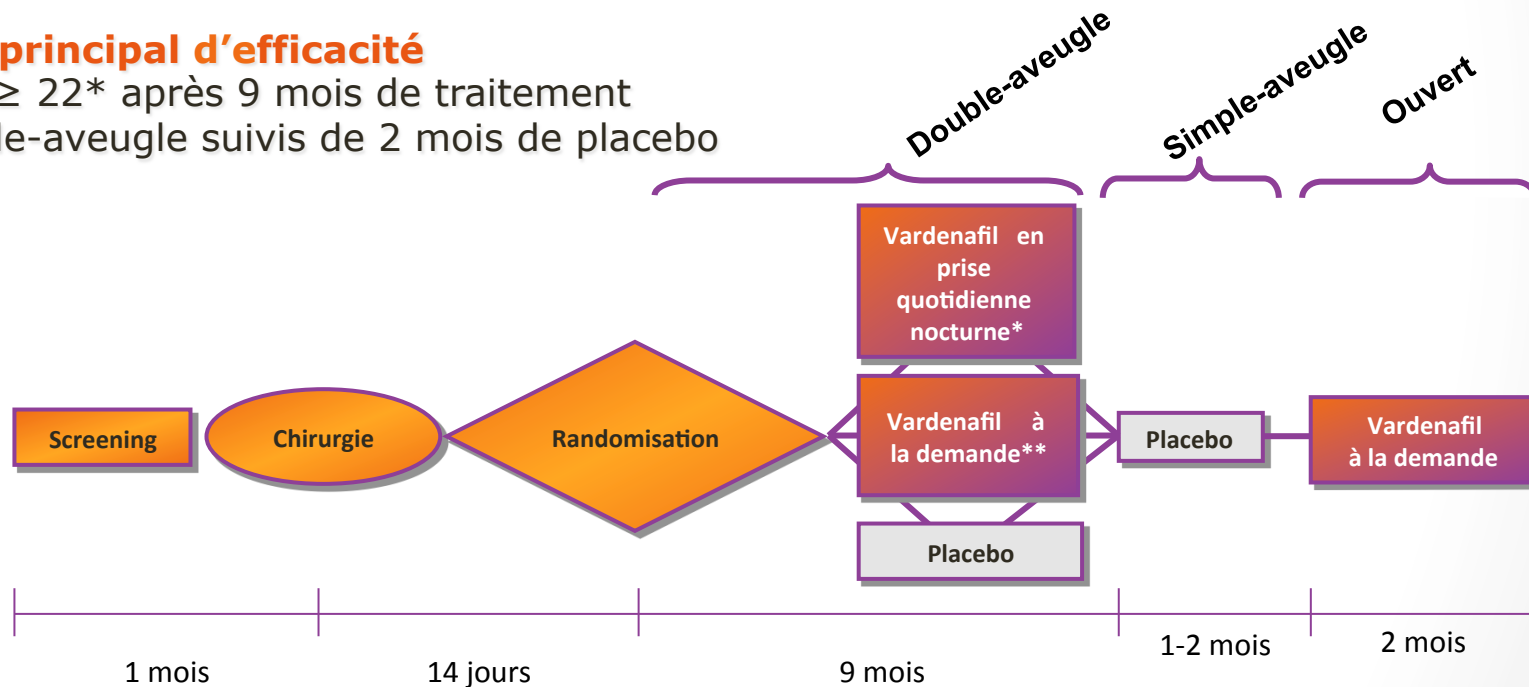


REINVENT

- Etude randomisée, en double-aveugle, multicentrique, en groupes parallèles, comparant le traitement par vardenafil en prise quotidienne nocturne ou à la demande au placebo chez des hommes venant de subir une prostatectomie totale avec préservation des nerfs érecteurs (14 jours)

Critère principal d'efficacité

FE-IIIEF \geq 22* après 9 mois de traitement en double-aveugle suivis de 2 mois de placebo



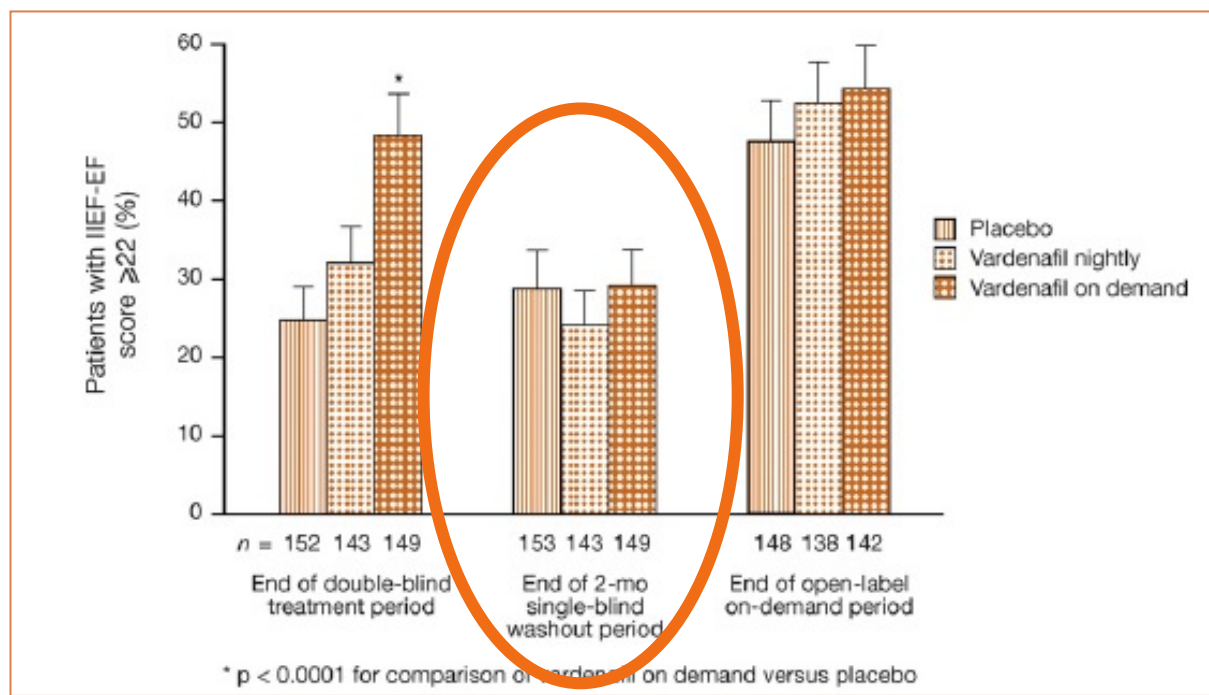
* 10 mg pouvant être diminué à 5 mg ; ** 10 mg pouvant être diminué à 5 mg ou augmenté à 20 mg

(1) Montorsi F. Effect of Nightly versus On-Demand Vardenafil on Recovery of Erectile Function in Men Following Bilateral Nerve-Sparing Radical Prostatectomy. European Urology 2008 ; 54 : 924-31.

Résultats

- **Critère Principal :**

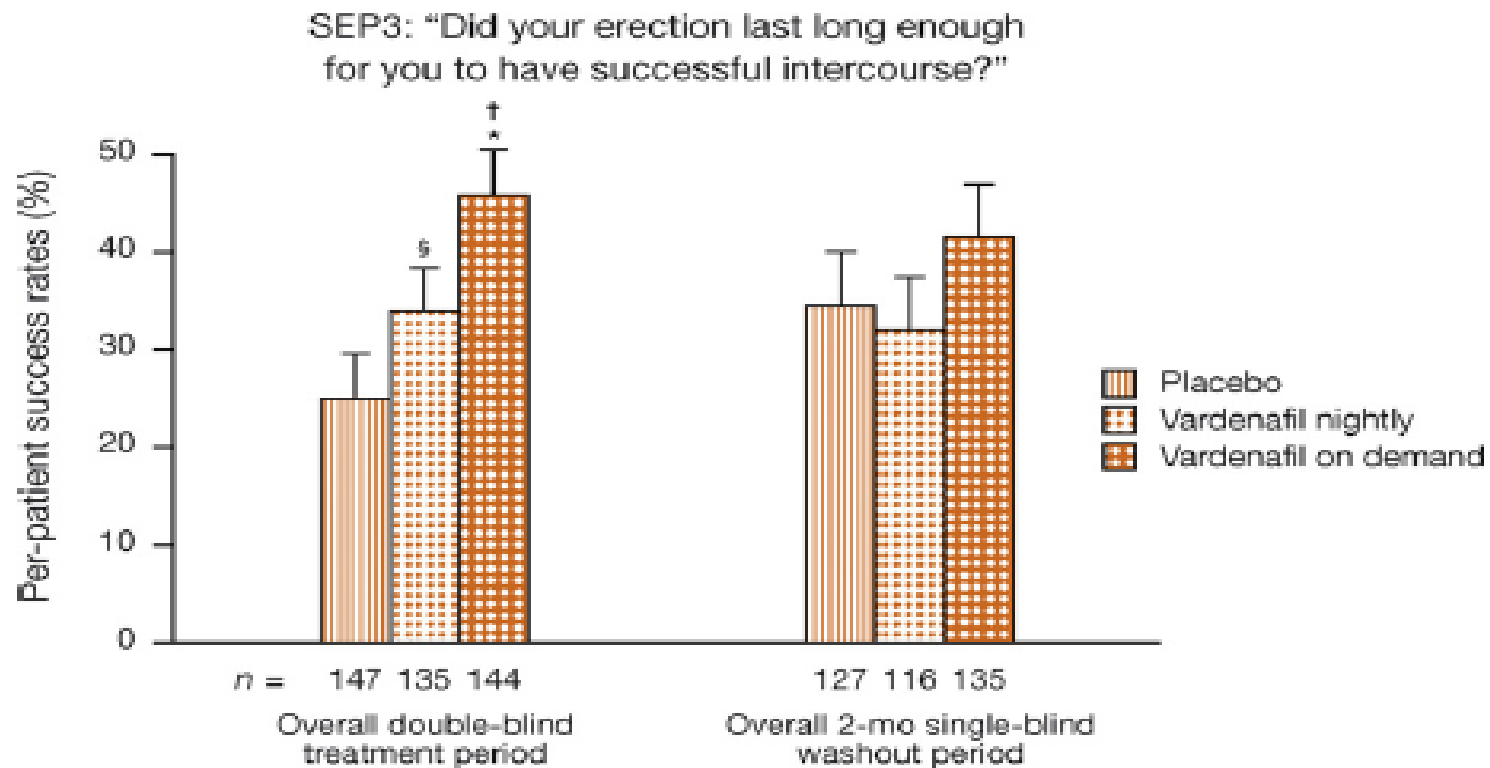
- Equivalence entre les groupes du score FE-IIEF ≥ 22 après 9 mois de traitement suivis de 2 mois de placebo (LOCF)
Placebo : 28,9 %, Vardenafil en prise quotidienne nocturne : 24,1 %, vardenafil à la demande : 29,1 %



(différence non significative entre les groupes)

(1) Montorsi F. Effect of Nightly versus On-Demand Vardenafil on Recovery of Erectile Function in Men Following Bilateral Nerve-Sparing Radical Prostatectomy. European Urology 2008 ; 54 : 924-31.

Taux de succès des RS (SEP3) après 9 mois de traitement suivis de 2 mois de placebo puis de 2 mois en ouvert avec vardenafil à la demande



* p < 0.0001 for the comparison of vardenafil on demand versus placebo

§ p = 0.0344 for the comparison of vardenafil nightly versus placebo

† p = 0.0114 for the comparison of vardenafil on demand versus vardenafil nightly

Pas de différence significative entre les groupes

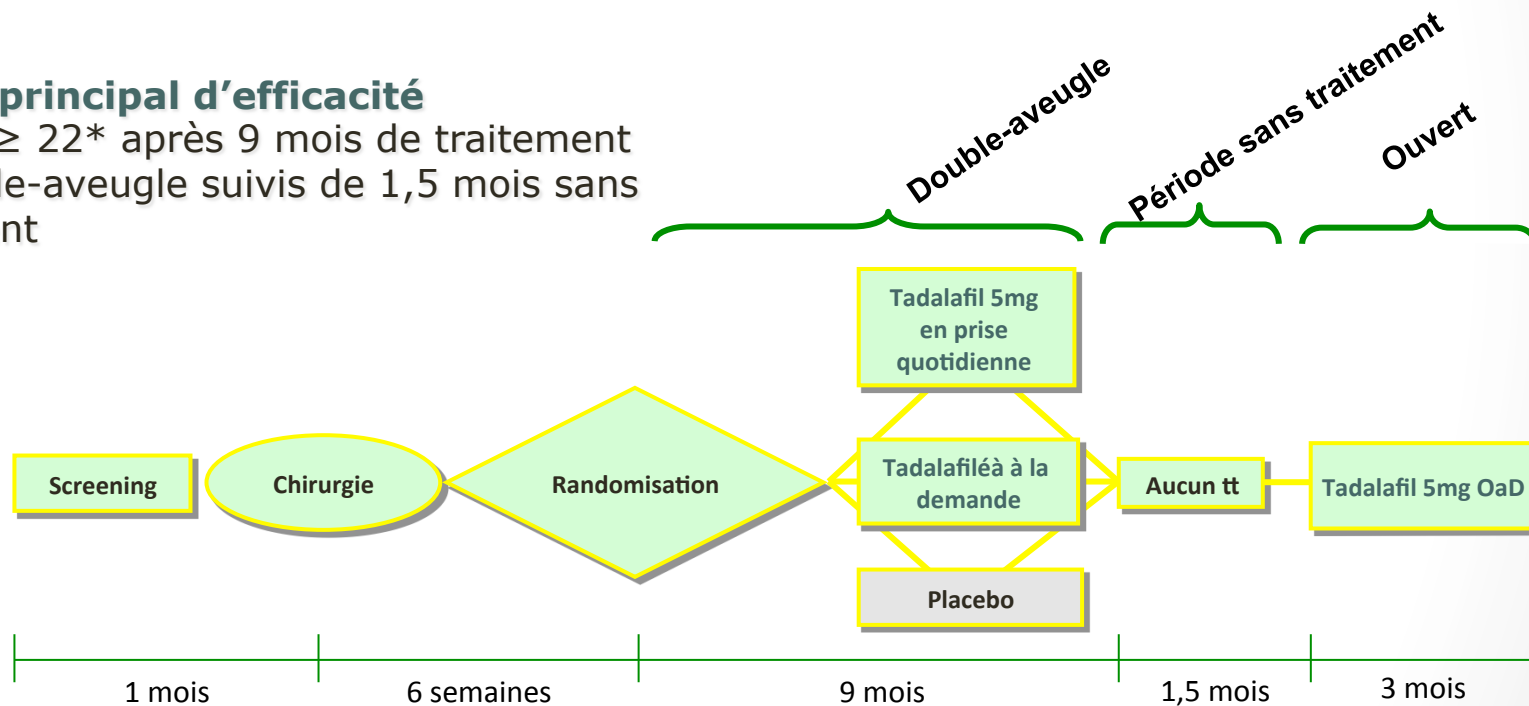
(1) Montorsi F. Effect of Nightly versus On-Demand Vardenafil on Recovery of Erectile Function in Men Following Bilateral Nerve-Sparing Radical Prostatectomy. European Urology 2008 ; 54 : 924-31.

REINVENT

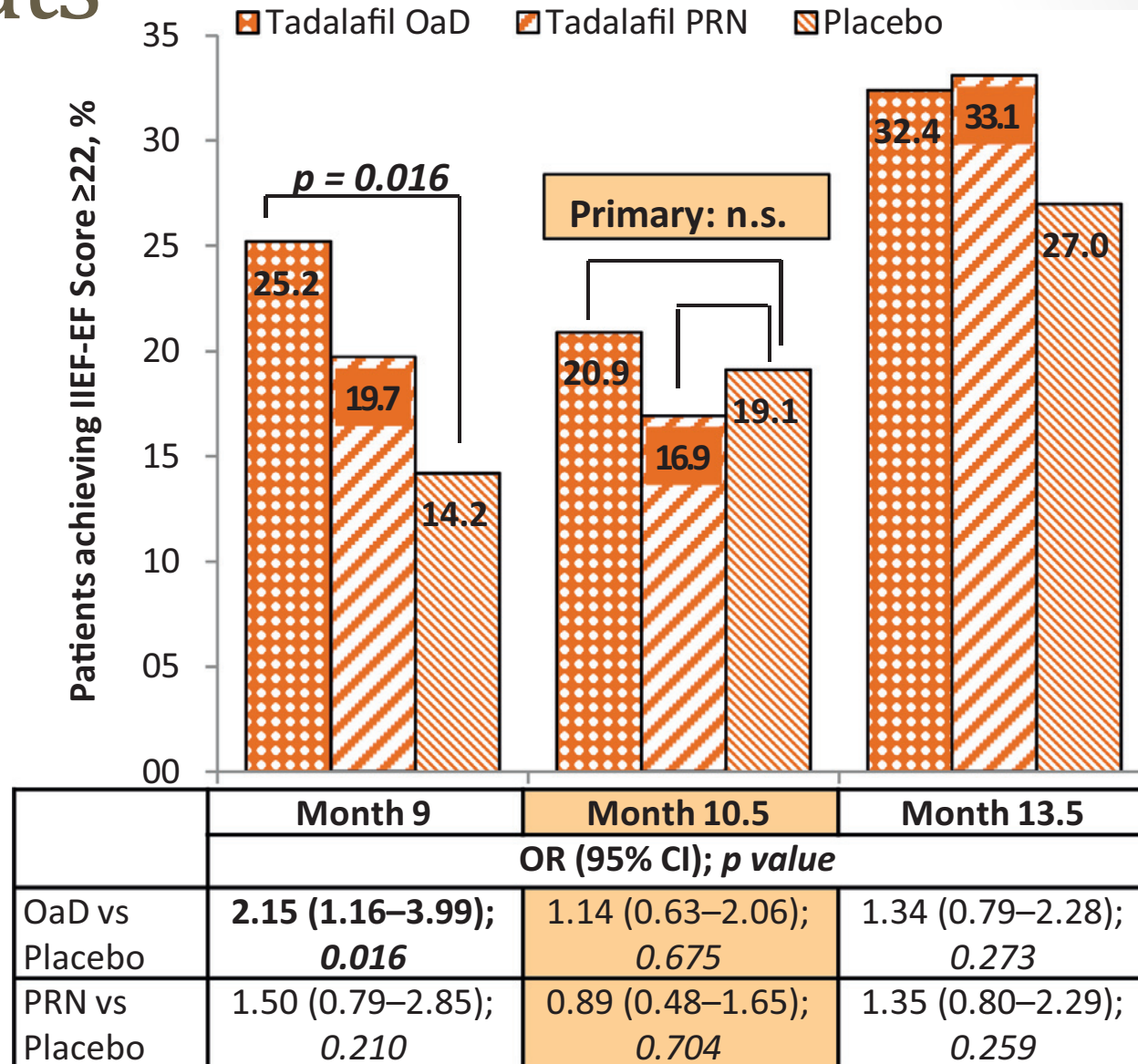
- Etude randomisée, en double-aveugle, multicentrique, en groupes parallèles, comparant le traitement par tadalafil en prise quotidienne ou à la demande au placebo chez des hommes venant de subir une prostatectomie totale avec préservation des nerfs érecteurs

Critère principal d'efficacité

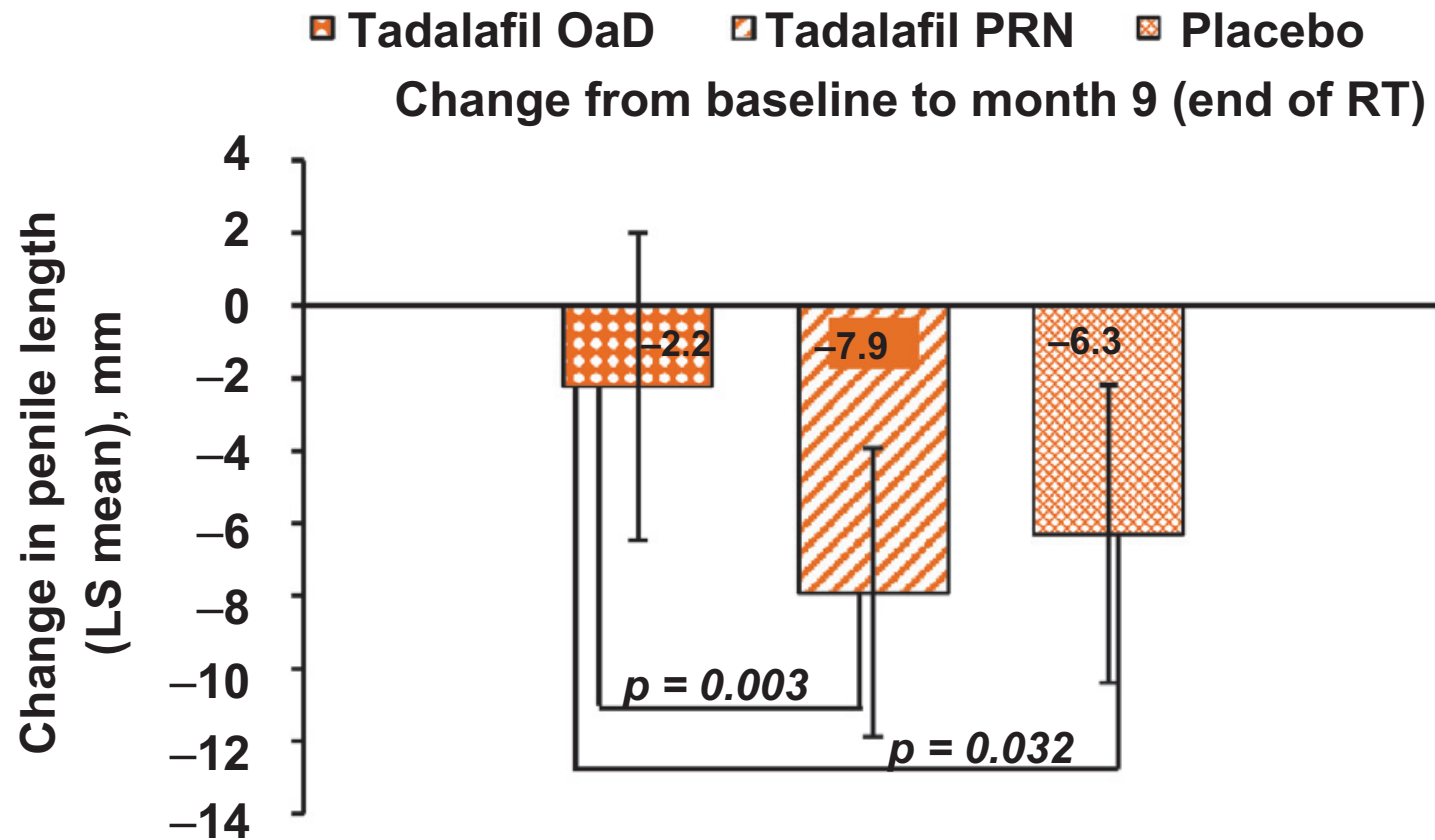
FE-IIIEF $\geq 22^*$ après 9 mois de traitement en double-aveugle suivis de 1,5 mois sans traitement



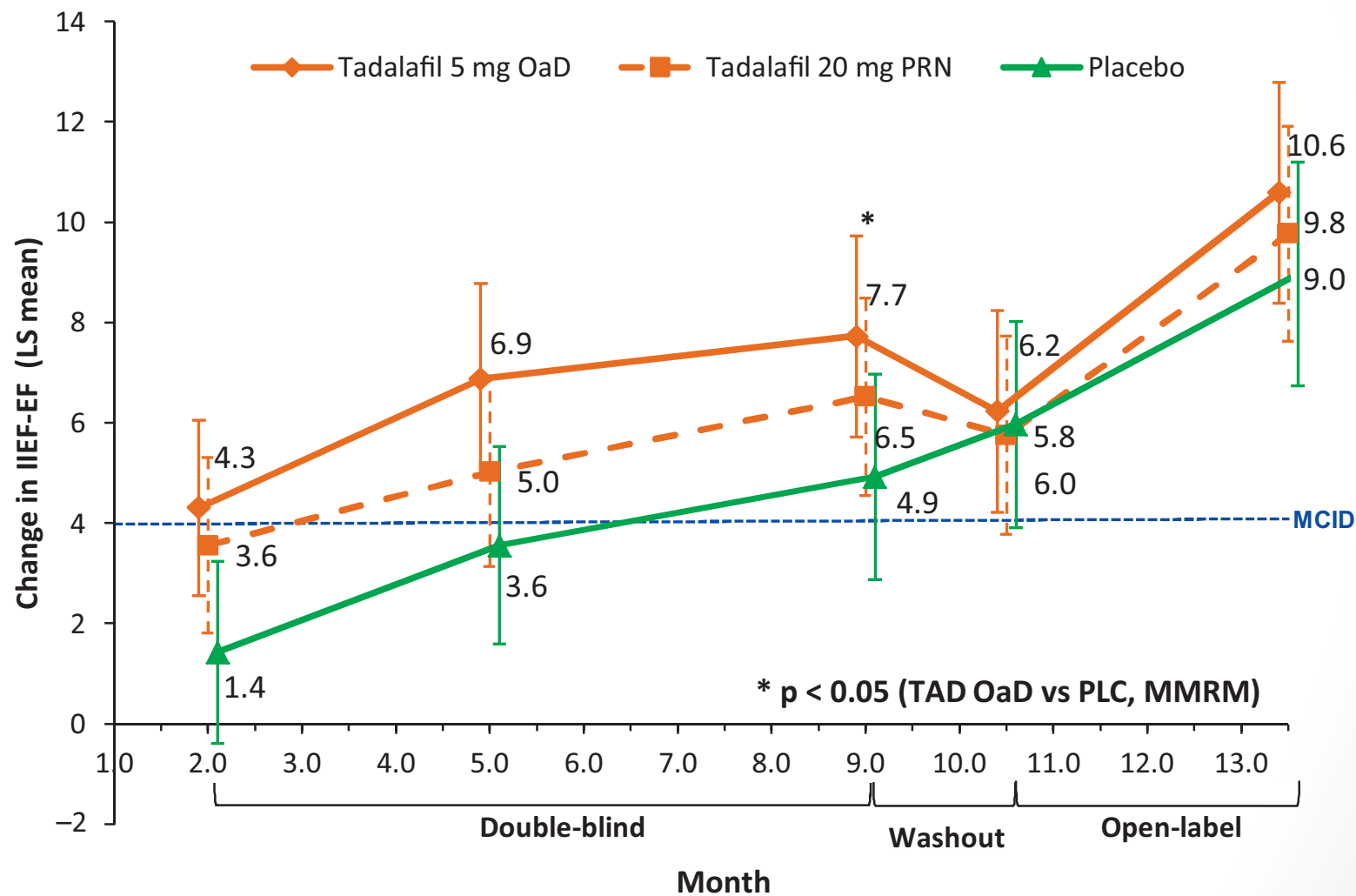
Résultats



Longueur du pénis...



Résultats REACTT



Conclusion

- La rééducation pharmacologique active ou passive (pendant 9 mois) ne permet pas d'améliorer la qualité de la récupération des érections naturelles par rapport au placebo.

DE après curiethérapie

- >90% des patients choisissent la curiethérapie pour préserver leurs érections.
- Etudes:
 - Utilisation de questionnaires validés mais conclusions tirées de l'interprétation des résultats de questions extraites.
 - Critères d'interprétations fantaisistes.
 - Créations de questionnaires originaux limitant l'interprétation des résultats.
 - Perte de la pertinence clinique des objectifs.

CLINICAL INVESTIGATION

Prostate

ERECTILE FUNCTION DURABILITY FOLLOWING PERMANENT PROSTATE BRACHYTHERAPY

AL V. TAIRA, M.D.,* GREGORY S. MERRICK, M.D.,† ROBERT W. GALBREATH, PH.D.,‡
 WAYNE M. BUTLER, PH.D.,† KENT E. WALLNER, M.D.,‡ BRIAN S. KURKO, C.M.D., M.S.,‡
 RICHARD ANDERSON, R.T.T.,† AND JONATHAN H. LIEF, PH.D.†

*Department of Radiation Oncology, University of Washington, Seattle, WA; †Schiffler Cancer Center, Wheeling Jesuit University, Wheeling, West Virginia; and ‡Puget Sound Healthcare Corporation, Group Health Cooperative, University of Washington, Seattle, WA

- « Results: The 7-year actuarial rate of potency preservation was 55.6% with median postimplant IIEF of 22 in potent patients. »

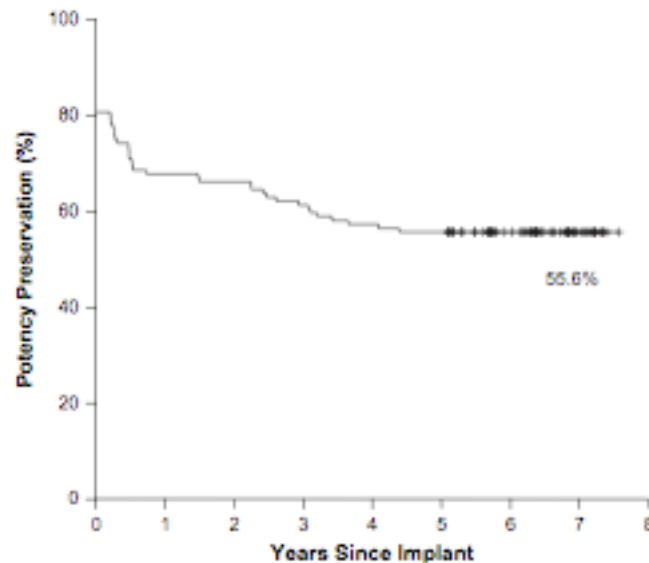
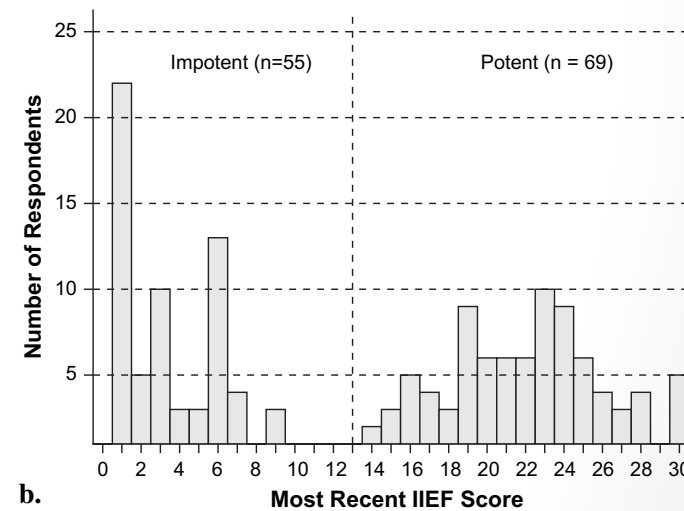
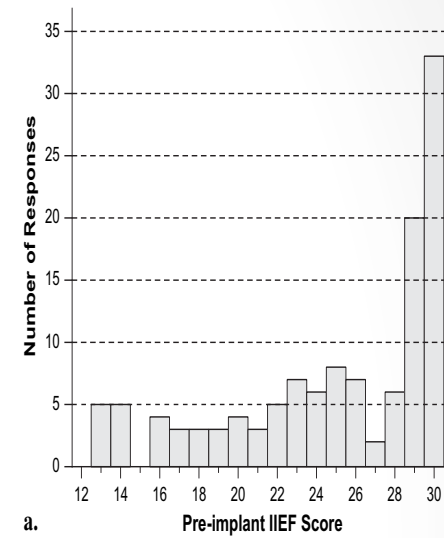


Fig. 1. Kaplan-Meier potency preservation curve for 124 patients.

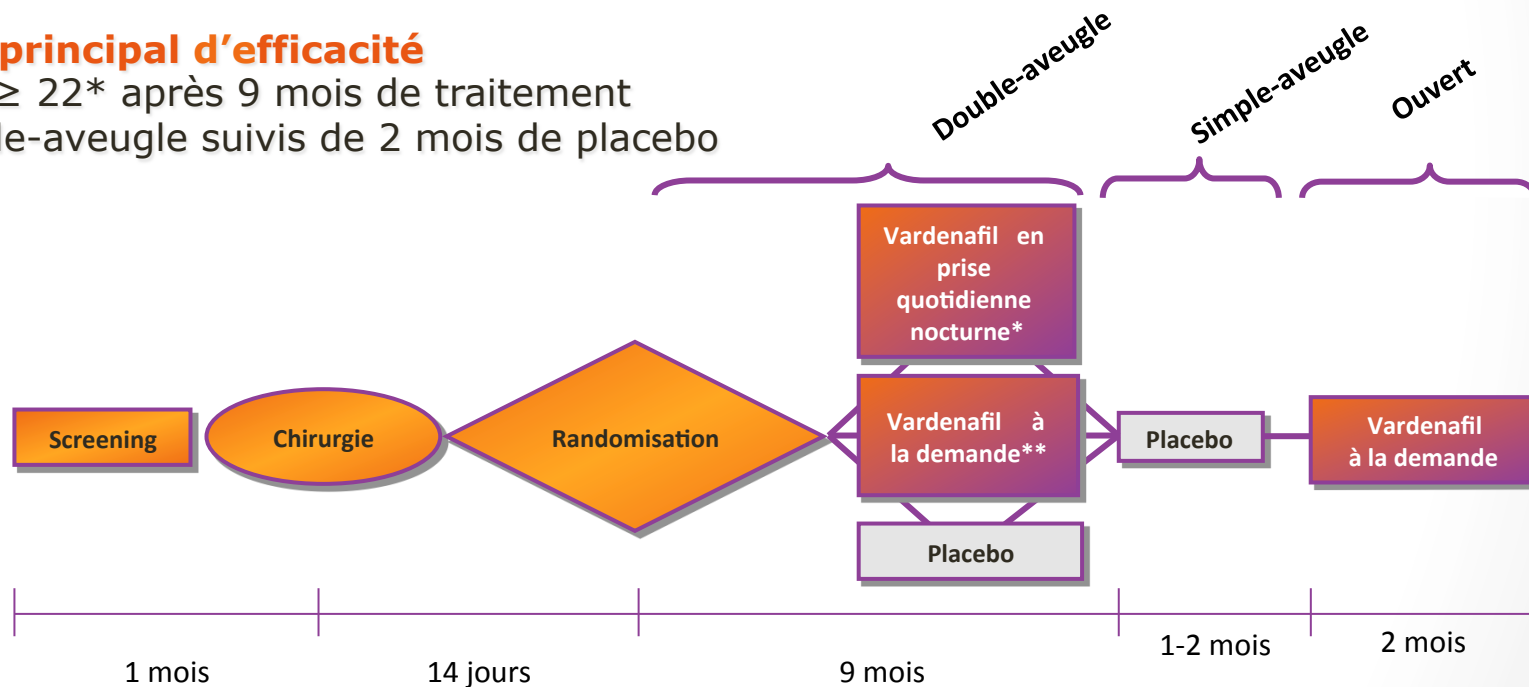


REINVENT

- Etude randomisée, en double-aveugle, multicentrique, en groupes parallèles, comparant le traitement par vardenafil en prise quotidienne nocturne ou à la demande au placebo chez des hommes venant de subir d'une prostatectomie totale avec préservation des nerfs érecteurs (14 jours)

Critère principal d'efficacité

FE-IEEF $\geq 22^*$ après 9 mois de traitement en double-aveugle suivis de 2 mois de placebo



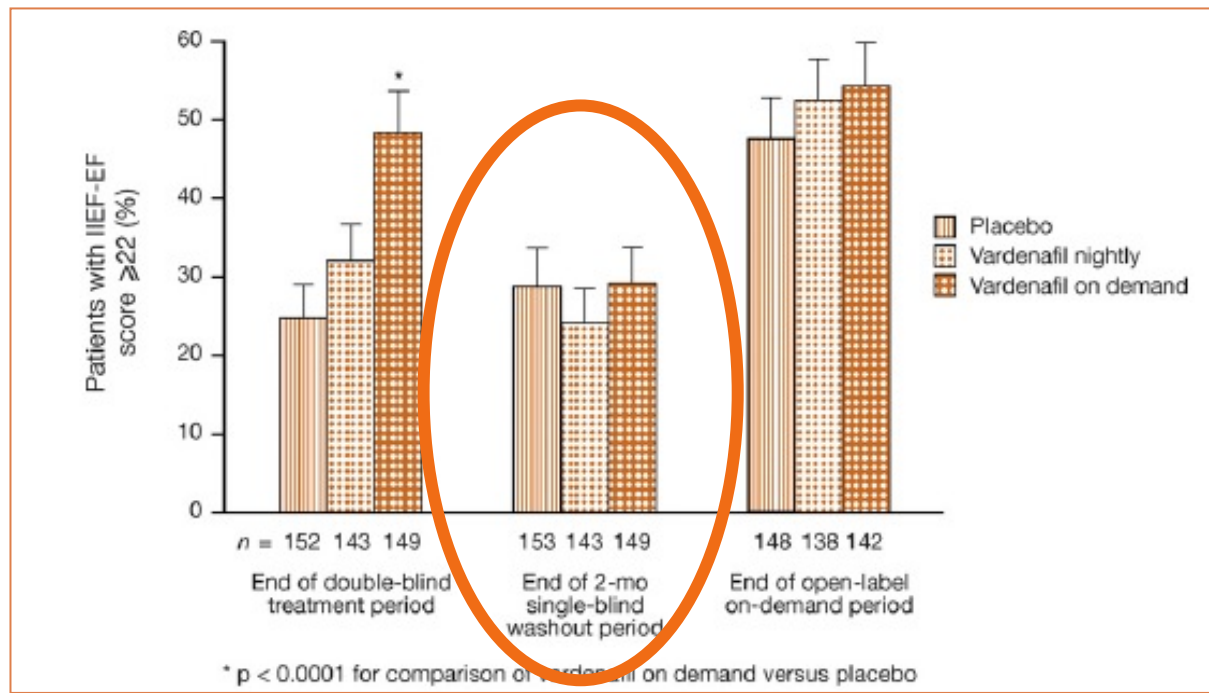
* 10 mg pouvant être diminué à 5 mg ; ** 10 mg pouvant être diminué à 5 mg ou augmenté à 20 mg

(1) Montorsi F. Effect of Nightly versus On-Demand Vardenafil on Recovery of Erectile Function in Men Following Bilateral Nerve-Sparing Radical Prostatectomy. European Urology 2008 ; 54 : 924-31.

Résultats

- **Critère Principal :**

- Equivalence entre les groupes du score FE-IIEF ≥ 22 après 9 mois de traitement suivis de 2 mois de placebo (LOCF)
Placebo : 28,9 %, Vardenafil en prise quotidienne nocturne : 24,1 %, vardenafil à la demande : 29,1 %



(différence non significative entre les groupes)

(1) Montorsi F. Effect of Nightly versus On-Demand Vardenafil on Recovery of Erectile Function in Men Following Bilateral Nerve-Sparing Radical Prostatectomy. European Urology 2008 ; 54 : 924-31.

IEF

6

- **Question 1 : A quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
 3. **Quelques fois (environ une fois sur deux)**
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 2 : Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, à quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. **Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)**
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 3 : Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu pénétrer votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. **Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)**
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps

IIEF 6

- **Question 4 : Pendant vos rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. **Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)**
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 5 : Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à l'orgasme ?**
 1. Presque jamais ou jamais
 2. **Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)**
 3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- **Question 15 : A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?**
 1. Pas sûr du tout
 2. Pas très sûr
 3. **Moyennement sûr**
 4. Sûr
 5. Très sûr

IIEF= 14 ! Est-il « puissant » ?

CLINICAL INVESTIGATION

Prostate

ERECTILE FUNCTION DURABILITY FOLLOWING PERMANENT PROSTATE BRACHYTHERAPY

AL V. TAIRA, M.D.,* GREGORY S. MERRICK, M.D.,† ROBERT W. GALBREATH, PH.D.,†
 WAYNE M. BUTLER, PH.D.,† KENT E. WALLNER, M.D.,† BRIAN S. KURKO, C.M.D., M.S.,†
 RICHARD ANDERSON, R.T.T.,† AND JONATHAN H. LIEF, PH.D.†

*Department of Radiation Oncology, University of Washington, Seattle, WA; †Schiffler Cancer Center, Wheeling Jesuit University, Wheeling, West Virgi

- Pa
- nc
- ap
- su
- Pa
- nc
- (5
- ol
- Cl
- Et

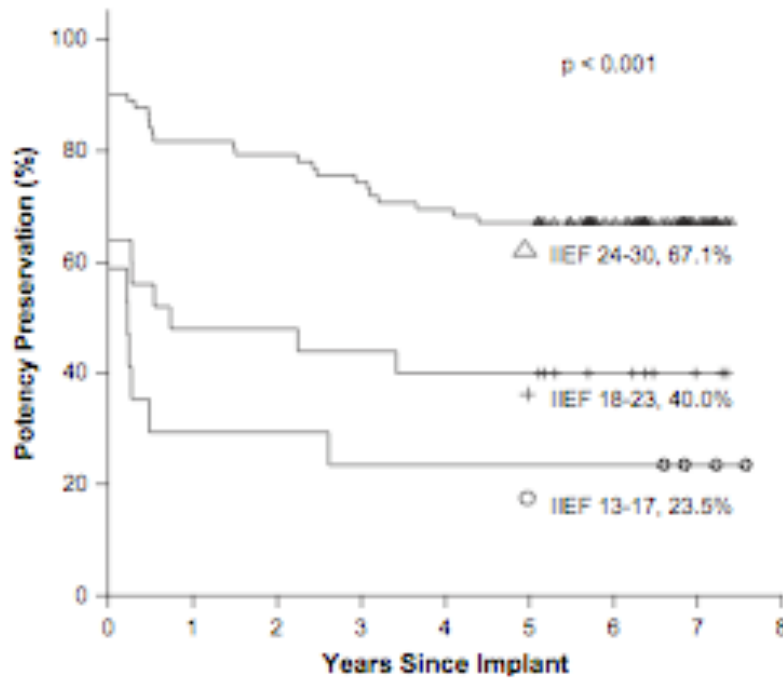
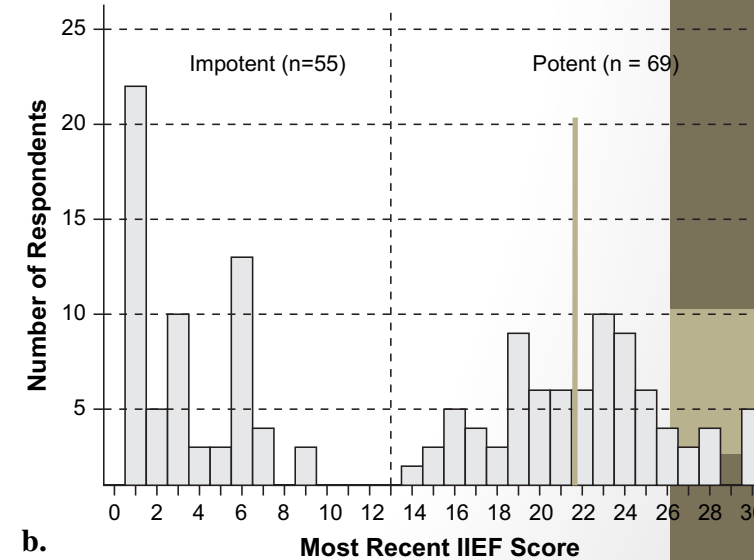
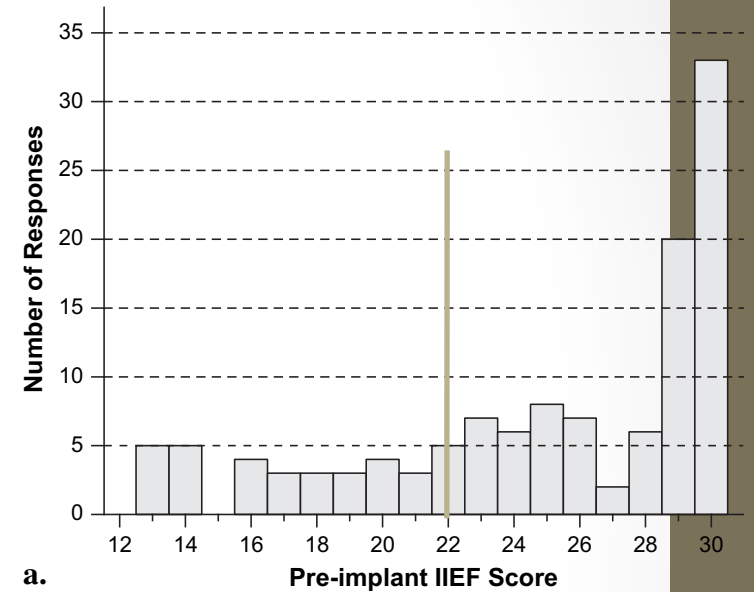
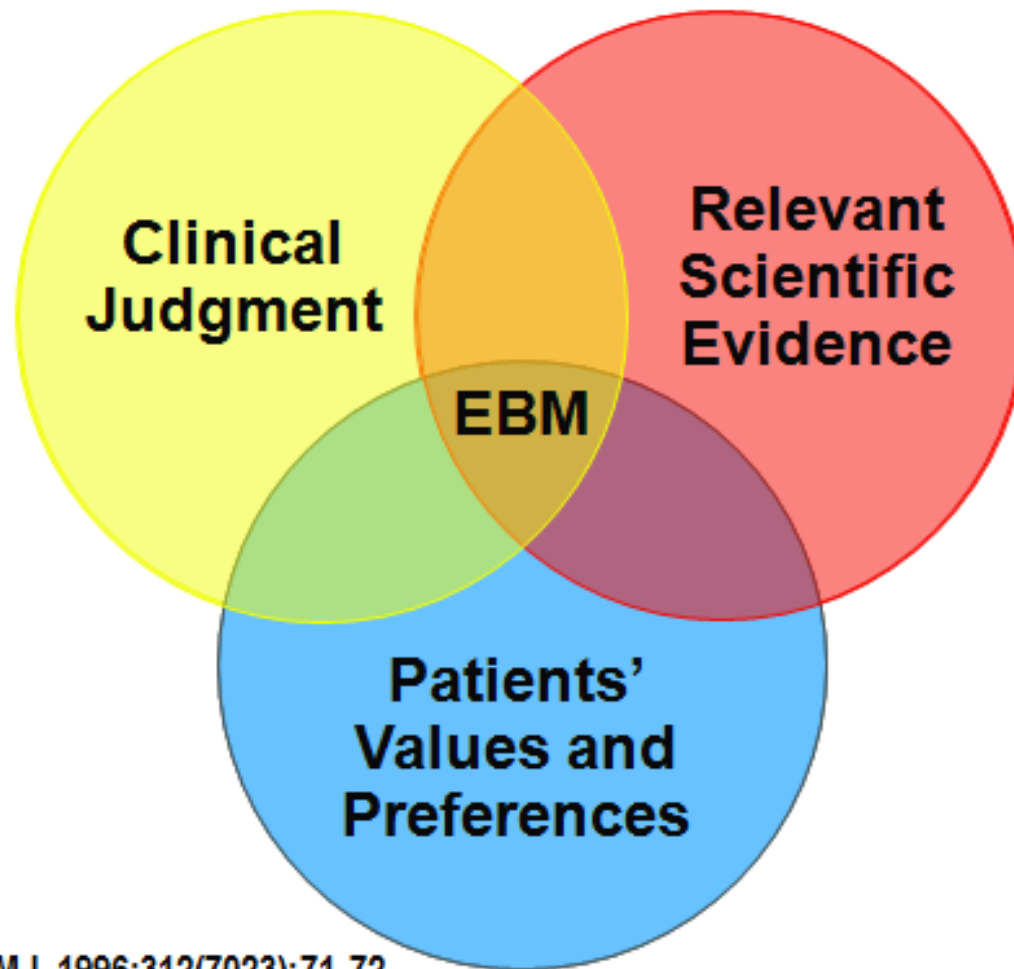


Fig. 3. Kaplan-Meier potency preservation stratified by preimplant index of erectile function (IIEF) scores.



What Is Evidence-Based Medicine?



Sackett DL, et al. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72.

LA RÉÉDUCATION PEUT-ELLE ÊTRE
UTILE... POUR CERTAINS PATIENTS ?

Récupération de la FE après PT

La récupération est variable en fonction de:

-La FE préopératoire et du temps:

8,7 mois pas de DE

12,5 mois DE légère

15,7 mois DE modérée

-Qualité de la préservation

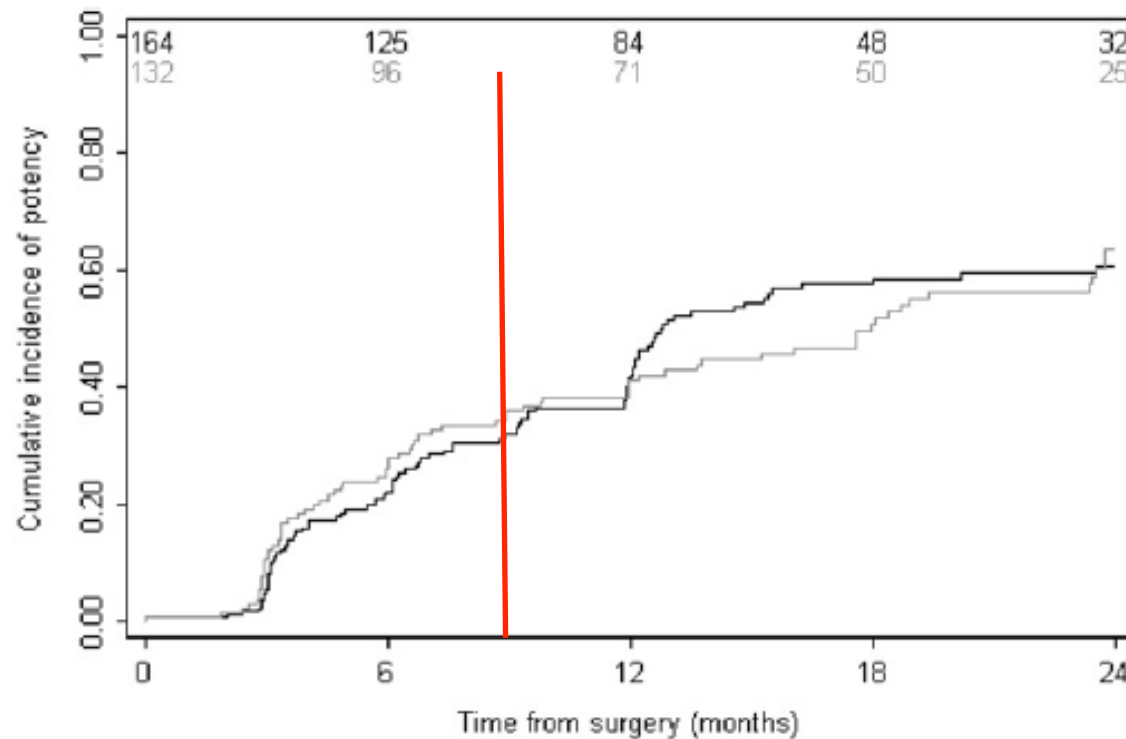


FIG. 5. Cumulative incidence of overall potency by operation type. Black lines indicate RRP, gray lines indicate LRP.

Touijer et al J Urol 2008, Basal et al BJU INT 2013

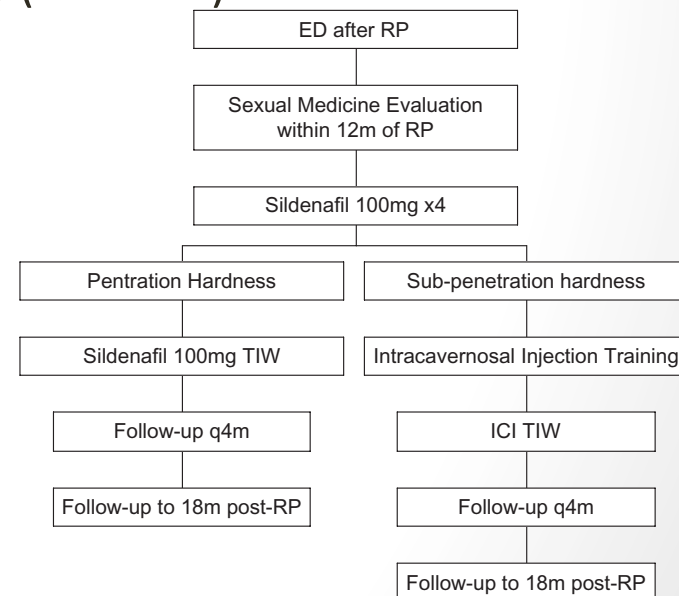
Dubbelman et al Eur Urol 2006

Facteurs prédictifs d'échec

- Analyse multivariée:
 - Age > 60 ans (RR=1.3)
 - Préservation nerveuse partielle: (RR = 1.6)
 - >1 comorbidité vasculaire (RR = 2.1),
 - Réhabilitation tardive >6 months post-PT (RR = 2.8),
 - Absence de réponse au sildenafil à 12 months post-PT (RR = 4.5)
 - Dose d'IIC importante (trimix>50 units) (RR = 8.1).
 - FR carcinologique: R+, tt adjuvant.
 - Le chirurgien...

- Müller et al J Sex Med 2009

- Kimura et la BJUInt 2012



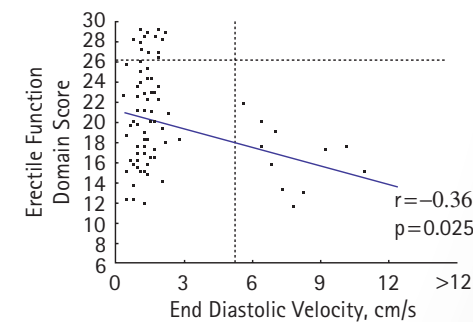
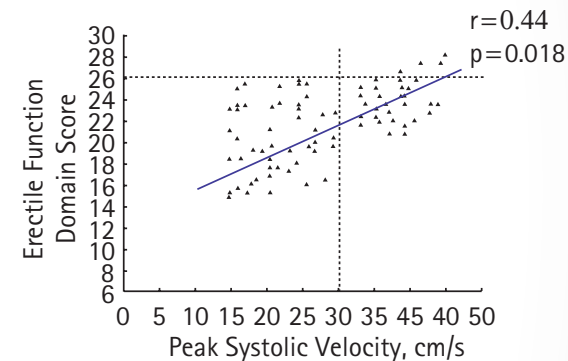
Refus et abandon des protocoles de réhabilitation érectile

- Refus de 36,5 à 47,5% (36.5%)
 - Raisons: manque d'intérêt personnel pour la sexualité (51%), manque d'intérêt de la partenaire (30%), l'incontinence transitoire (26%)
- Abandon en cours: 18.6% à 73%
 - Raisons: déception concernant l'efficacité du traitement (64.7%); douleur liée à l'IIC (45%); difficultés ou peur de réaliser les IIC (35.2%).

Les altérations hémodynamiques précoces prédisent les capacités de récupération

- Pharmaco-écho-Doppler dans les 6 mois postPT (BNS)
 - Groupe Normal (29%): PSV > 30cm/sec, EDV <5cm/sec
 - Groupe anormal: (71%)

Variable	Haemodynamics			P
	Total	Normal	Abnormal	
No. of patients	111	32	79	
Mean (SD)				
Age, years	57 (10)	55 (7)	58 (11)	
Duration after RP, months*	6 (5)	5.5 (4)	6.2 (5.5)	
n (%) with				
Diabetes	2 (1.5)	1 (3)	1 (1)	
Hypertension	29 (22)	10 (31)	19 (24)	
Hyperlipidaemia	40 (30)	14 (44)	26 (33)	0.038
Coronary artery disease	9 (7)	3 (9)	6 (7.5)	
Haemodynamics before RP, cm/s, mean (SD)				
Left PSV	-	42.2 (8.9)	18 (9.5)	<0.01
Left EDV	-	0.5 (0.6)	8.5 (2.1)	0.011
Right EDV	-	1.1 (0.6)	7.9 (1.9)	0.014
Haemodynamic diagnosis and EF after RP in men who had used pharmacological rehabilitation				
Mean (SD)				
% erectile rigidity at 18 months	-	66 (18)	35 (28)	0.013
IIEF EF domain score	-	25 (2.5)	17 (6.5)	0.002
n (%) patients				
With normal EFD score†	-	9 (28)	5 (6)	0.008
With functional erections†	-	15 (47)	18 (22)	0.018
Responding to sildenafil§	-	23 (72)	34 (43)	0.03
Responding to ICI+S	-	24 (93)	42 (87)	-

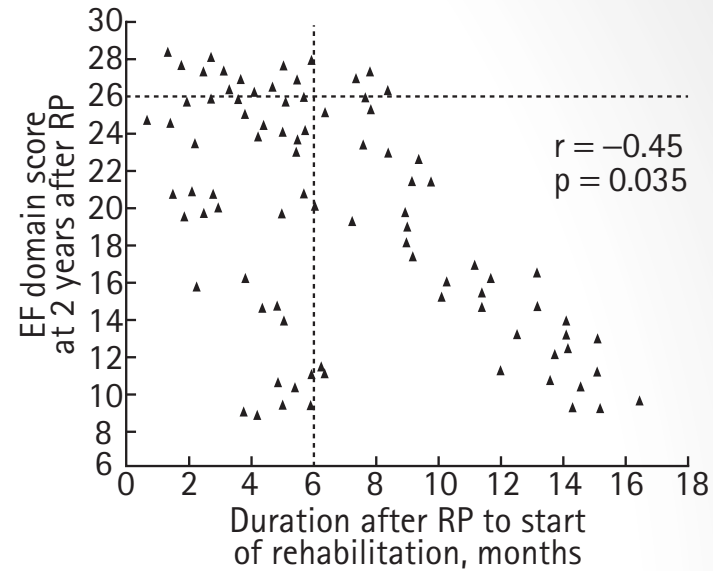


Hoebshalom et la BJUInt 2008

Débuter tôt !

- Érections nocturnes présentent dès l'ablation de sonde

Bannowsky et al BJU Int 2008



- Récupération d'érections satisfaisantes
 - Si les injections intracaverneuses sont débutées dans les 3 mois : 73 %
 - Si débutées après 3 mois : 41 %
 - Diminution corrélée de l'IR= fuites cavernoveineuses

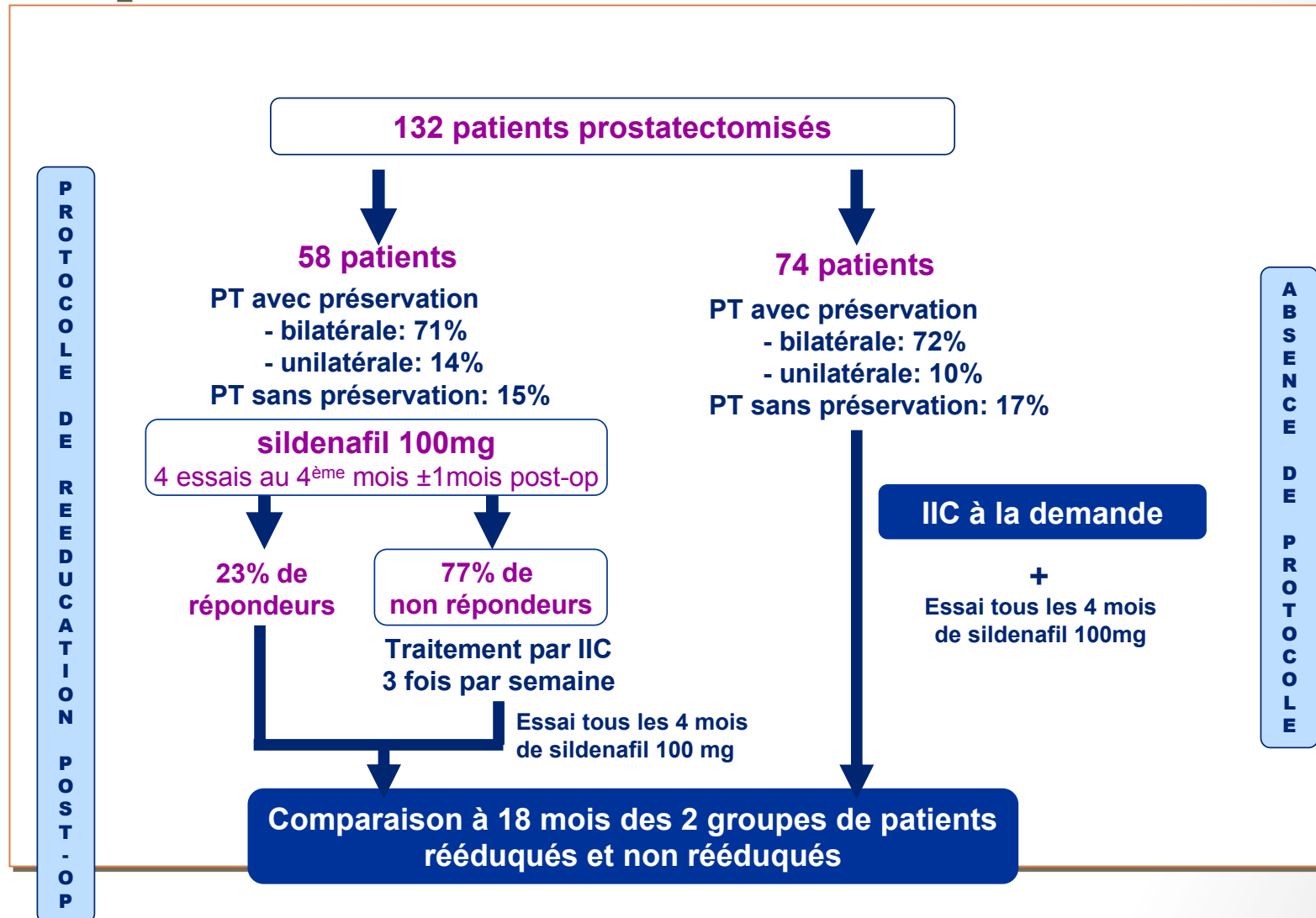
Gontero et al J Urol 2003

- Modifications tissulaires dès le 2^o mois
- Iacono et al J Urol 2005*

Mulhall et al BJU Int 2009

POUR SUIVRE LA RÉÉDUCATION...

Rééducation pharmacologique post-prostatectomie : « Real Life »



Rééducation pharmacologique post-prostatectomie : « Real Life »

A 18 mois

Amélioration quantitative et qualitative des érections non pharmacologiquement assistées

Meilleure réponse aux traitements de la DE

% de patients ayant des érections permettant un rapport sexuel

Groupe rééduqué n=58 52%

Groupe non rééduqué n=74 19%

% de patients répondants à sildénafil

Groupe rééduqué n=58 64

Groupe non rééduqué n=74 24%

% de patients répondeurs aux IIC

Groupe rééduqué n=58 95%

Groupe non rééduqué n=32 76%

Prise en charge multimodale



Avec aide sexologique

Table 1 IIEF mean scores in home ICI therapy

	Before surgery		Before ICI		3rd month		18th month	
	SC+	SC-	SC+	SC-	SC+	SC-	SC+	SC-
Erectile function	26.6	26.1	8.4	8.4	23.4	21.7	26.5	24.3
Sexual satisfaction	10.2	10.2	3	3	8.3	8	9.7	6.8
Orgasmic function	10	9.4	3.3	3.4	8.7	7.5	9.2	7.8
Sexual desire	8.7	8.5	8.5	8.5	8.4	6.5	9	6.2
Overall satisfaction	9.2	9.1	6.2	7.4	7.7	7.4	9.0	7.3

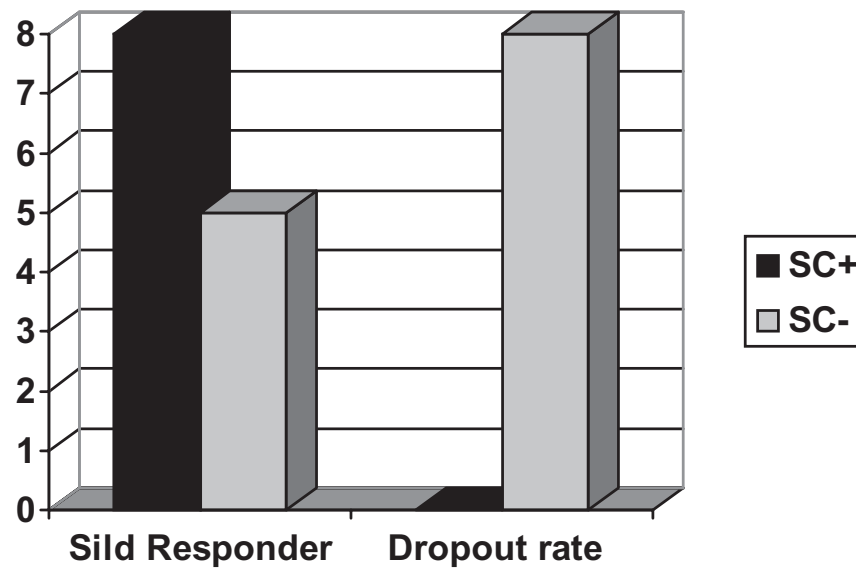


Figure 1 Home Sildenafil responders rate and dropout rate.

Le Vacuum

Basal et al BJUInt 2013
Welliver et al J Sex Med 2014

- Le vacuum associé aux iPDE5 permet sans doute d'obtenir de meilleurs résultats que les iPDE5 seules.
- Amélioration de la saturation en oxygène des tissus du pénis
- Mesuré par oxymètre tissulaire (saturation de l'Hémoglobine)

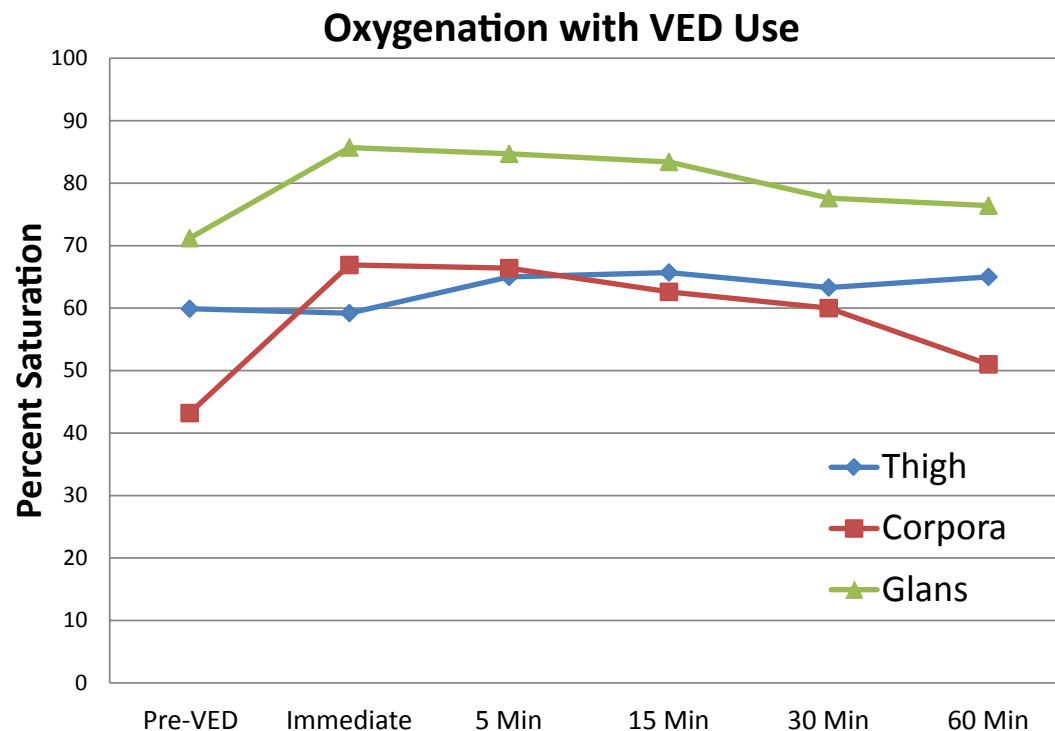


Figure 1 Tissue oxygenation after 2 minutes/10-cycle application of VED. VED = vacuum erection device

Vision globale

- Autres dysfonction sexuelles
 - Troubles de l'orgasme
 - Orgasmurie
 - Modifications du pénis
 - Dysfonctions chez la partenaire
- Dépression
- Incontinence
- Inquiétudes vis à vis du cancer (patient et partenaire)
- Traitement adjuvant
- comorbidités

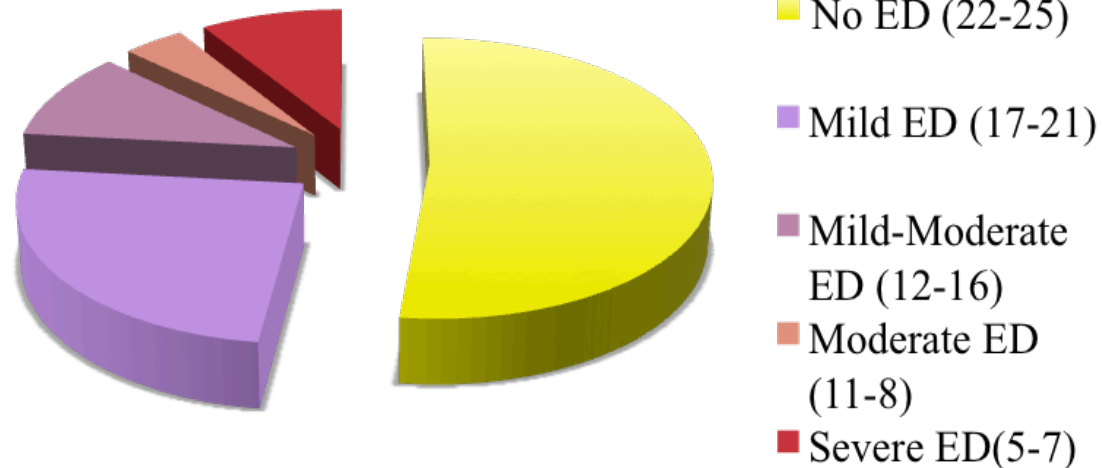
Préférences des patients



Fonctions sexuelles avant traitement

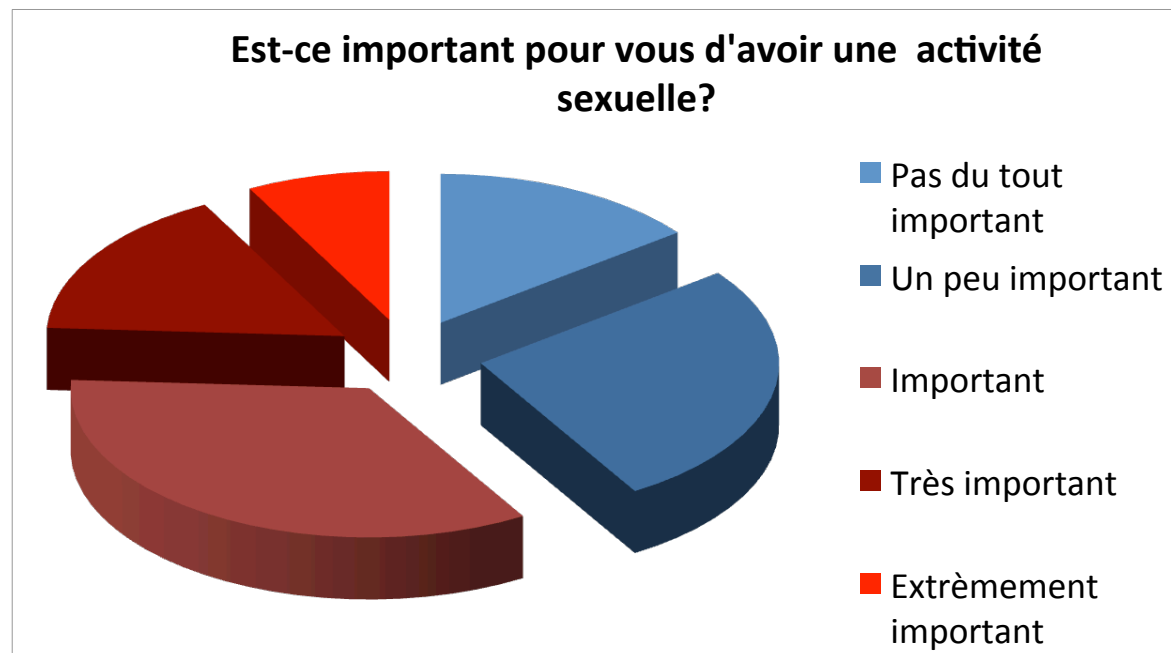
- DE avant PT: 48 %
 - DNID
 - HTA
 - Dyslipidémie
 - Age
 - BMI
 - Dépression

IIEF avant PT



La prise en charge de la DE, peut débuter avant la PT...

Motivation sexuelle avant traitement



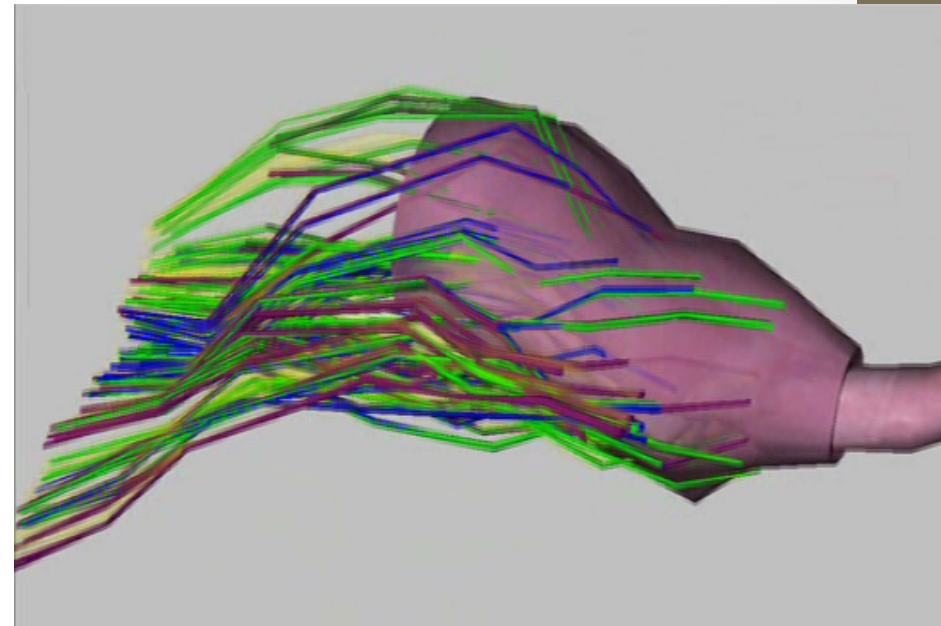
117 patients, âge moyen: 66 ans, 40% souffraient de dysfonction érectile, 25% utilisent iPDE5

Rééducation érectile idéale

- Information complète et honnête
- Evaluation médico-sexuelle préopératoire, plan personnalisé de **soins de support sexuels**.
- Technique de préservation adaptée au cancer et au souhait du patient.
- Prise en charge multimodale précoce
 - Liberté de choix des outils de rééducation et d'amélioration des érections.
 - Evolutive avec le temps
 - **Soutien sexologique, pharmacologique et mécanique**

Orgasme et Prostatectomie totale

- **Orgasme:**
 - Inchangé: 22%
 - Diminué en intensité: 37%
 - Anorgasmie: 37%
 - Plus intense: 4%



- Cholinergiques
- Sensitives
- Adrénergiques

« Orgasmurie, Climacturie »

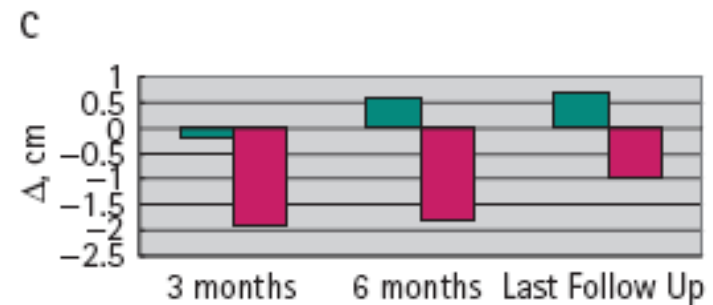
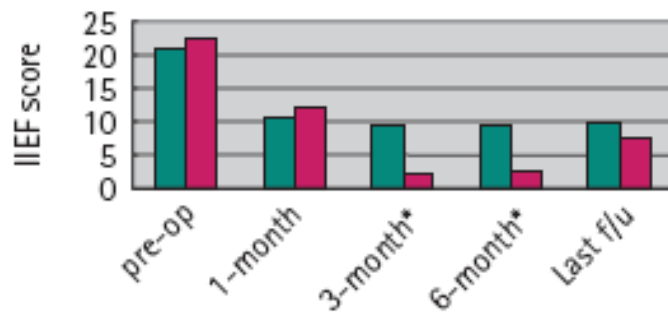
- Fuites d'urine lors de l'orgasme:
 - **20 à 93%**
 - **Techniques ou modalité d'évaluation ?**
 - Associées dysorgasmie, raccourcissement
 - Pas associées préservation, continence.
 - Gênant pour la moitié des patients atteints
- Prévention: préservation du col ?
- FR: Age > 60 ans
- Information, utilisation de préservatifs

Modifications du pénis

- Sensation de pénis froid
 - Durable
 - Lésions de fibres sensibles (?)
- Raccourcissement du pénis
 - Le raccourcissement maximum survient entre l'intervention et l'ablation de sonde et se prolonge pendant 1 an.
 - Flaccide: -1,3 cm, étiré: -2,3 cm
 - La préservation nerveuse et la récupération d'érections normales sont les éléments statistiquement liés à l'absence de raccourcissement.

Raccourcissement du pénis

- Prévention par
 - Préservation nerveuse
 - Rééducation pharmacologique:
 - Briganti et al Eur Urol 2007
 - Rééducation par vacuum: 10 min /jour 5 mois
 - Kholer et al BJU Int 2007

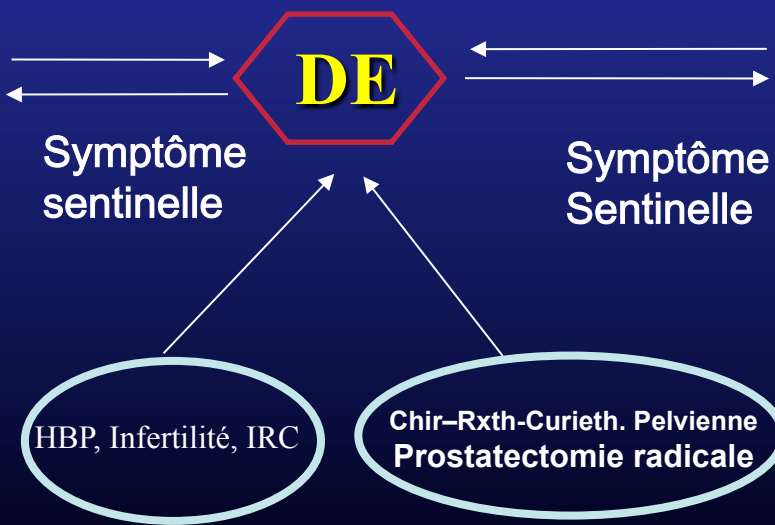
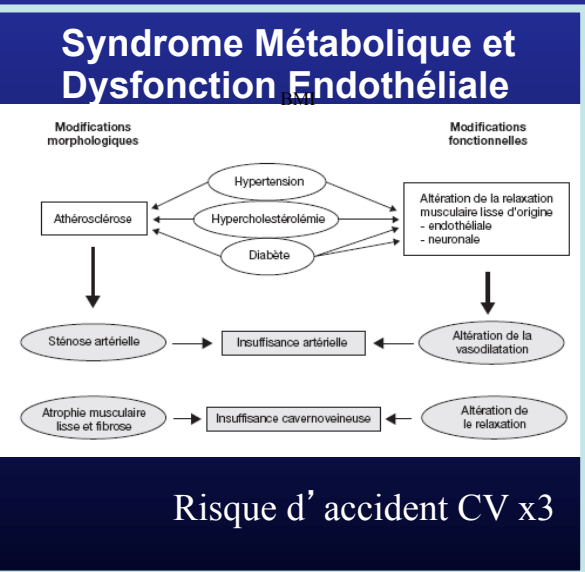


**Dans quelles
situations faut-il
demander un avis
spécialisé?**

AGE

Médicaments
Antihypertenseurs
Diurétiques thiazidique, bêtabloquants non sélectifs
Antipsychotiques (hyperprolactinémie) conventionnels, rispéridone et amsulpride
Antidépresseurs
Sertraline, paroxétine, citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, venlafaxine
Anti-androgènes et 5ARI

Causes Neurol Psychiatriques
AVC – Parkinson
Blessés Médullaires
SEP
Psychoses
Dépression
DE primaires
Neuro périph.



Endocrinopathies
Sd Déficit Testo.
Désir- énergie
Force musc.
Ostéoporose
Fonctions cognit.
Dépression

Recherche d'une cause médicamenteuse

- Evoquer la responsabilité d'un médicament.
- Effet secondaire:
 - Réadresser au prescripteur avec au mieux une proposition.
 - Soit de fenêtre
 - Soit de modification
- CI aux iPDE5 (TNT)
 - Proposition d'arrêt et de remplacement

Modifications thérapeutiques

Classe Thérapeutique	Priapisme/ES P/HS	Tr. Libido	DE	Tr. Orgasme/Ej	Les médicaments conseillés
Neuroleptiques	+	+	±	+	Clozapine (Leponex®), Olanzapine (Zyprexa®), Quiétapine (Seroquel®), Arispiprazole (Abilify®)
Antidépresseurs	+	+	+	+	Mirtazapine (Norset®), Tianeptine (Stablon®), Moclobémide (Moclamine®), Agomelatine (Valdoxan®), Duloxétine (Cymbalta®)
Antiépileptiques		+		+	
Antalgiques		+	+	±	
Anxiolytiques	+		+	+	Bupropion et Buspirone

Classes thérapeutiques impliquées dans la survenue de dysfonctions sexuelles iatrogènes et médicaments conseillés afin d'éviter ou de limiter la survenue de ces effets indésirables. (ESP : Excitation sexuelle persistante, HS : hypersexualité, Tr. EJ : troubles de l'éjaculation,)

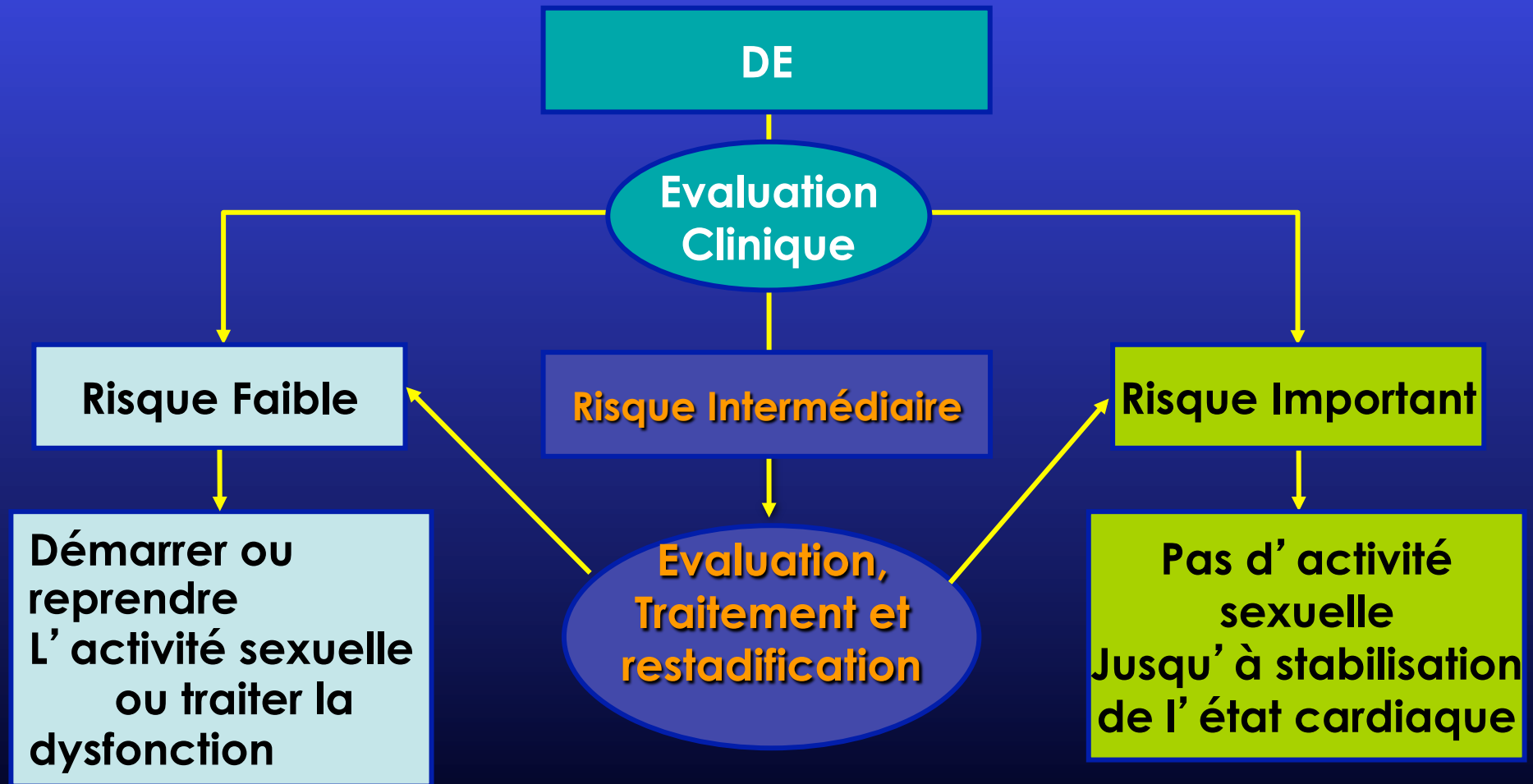
Endocrinologues

- Hypogonadisme hypogonadotrope
- Panendocrinopathie
- Sd métabolique avec intolérance au glucose.
- ...
- Tout en dehors d'un SDT par insuffisance testiculaire

Cardiologue

- Pour évaluation risque coronarien
- Pour modification de traitement
 - CI de la TNT
 - Effets secondaires:
 - Bêtabloquants toujours modifiables
 - Diurétiques de l'anse : IC aigue
- Evaluation du risque cardiaque à l'activité sexuelle

Evaluation du risque Cardiaque



From DeBusk et al. American Journal of Cardiology (2000) 86:175–181

Prise en charge de la dysfonction sexuelle chez les patients cardiaques

Consensus de Princeton -2

- **Risque faible :**
 - HTA contrôlée
 - Angor modéré, stable
 - Revascularisation coronarienne réussie
 - Antécédents d'infarctus du myocarde non compliqué
 - Pathologie valvulaire mineure
 - Pas de symptôme et moins de 3 facteurs de risque cardiovasculaire

Prise en charge de la dysfonction sexuelle chez les patients cardiaques

Consensus de Princeton -2

- **Risque moyen ou indéterminé :**
 - Infarctus du myocarde récent (< 6 semaines)
 - Insuffisance cardiaque stade II
 - Pathologie artérielle extra-cardiaque
 - Au moins 3 Facteurs de risque cardiovasculaire (sexo exclu)

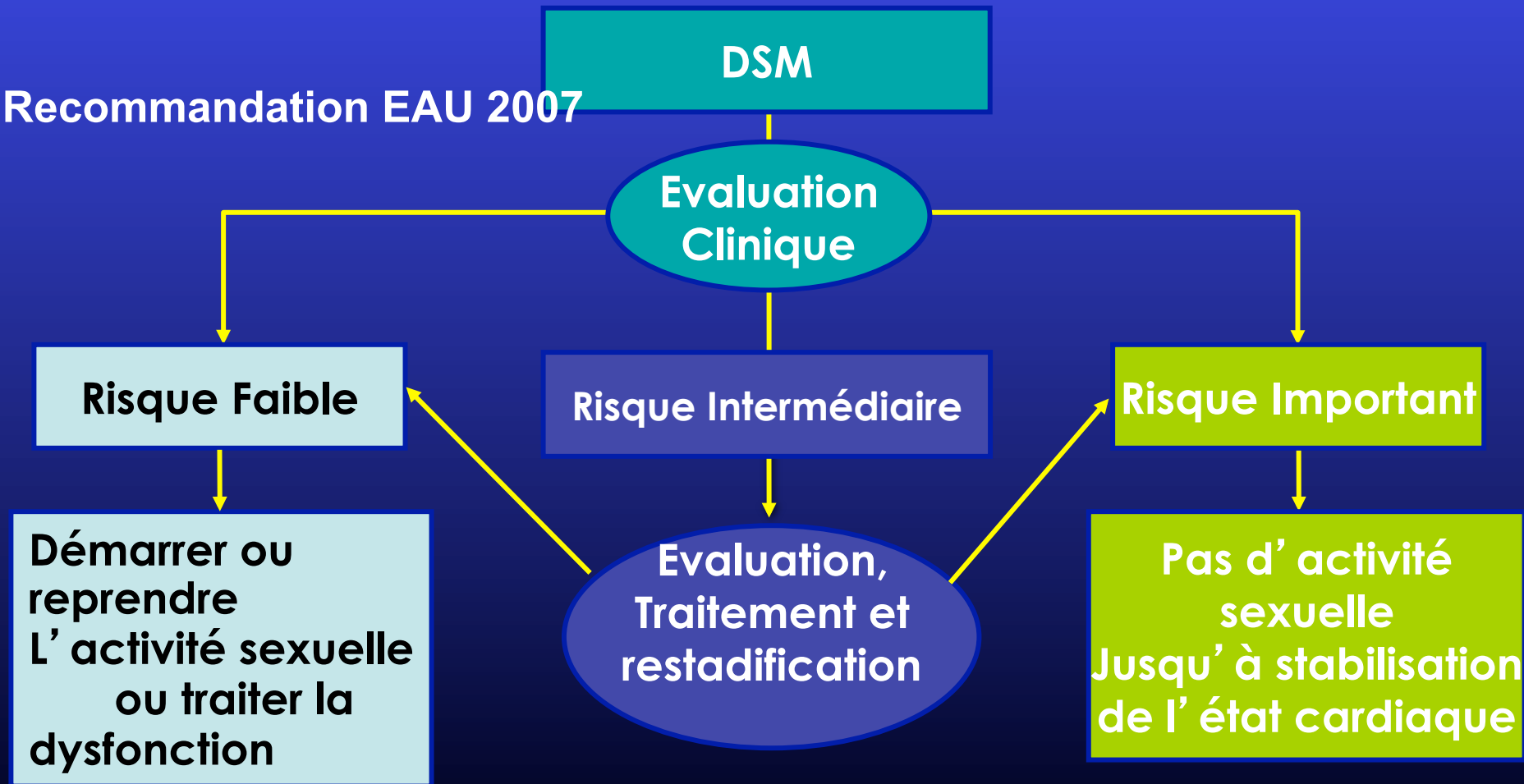
Prise en charge de la dysfonction sexuelle chez les patients cardiaques

Consensus de Princeton -3

- **Risque élevé :**
 - Angor instable
 - HTA non contrôlée
 - Insuffisance cardiaque stade III ou IV
 - Infarctus du myocarde très récent (< 2 semaines)
 - Arythmie à risque
 - Cardiomyopathie obstructive
 - Pathologie valvulaire modérée à sévère

Evaluation du risque Cardiaque

Recommandation EAU 2007



Évaluation des facteurs de risque et de l'état coronarien, traitement et surveillance de tous les patients souffrant de dysfonction érectile

Incidence de l'infarctus du myocarde toutes études confondues

	Population masculine standardisée par l'âge	Patients sous placebo	Patients traités par I- PDE5		
			Études en double insu	Études en ouvert	Totalité des études
Nb total de patients	-	>1200	>2500	1376	>4000
Nb de patients/année exposés	-	184.9	384.4	1155	1539.4
Nb de patients avec IDM	-	2	1	5	6
Taux d'IDM pour 100 patients/année	0.6*	1.10	0.28	0.43	0.39

**Sadovsky, R et al. Int J Clin Pract 2001; 55:115-128*

Examen Clinique

Éléments de l'interrogatoire et examen clinique	Causes révélées	Examens paracliniques	Référents
<i>Interrogatoire</i>	Dysfonction primaire, Dépression, Troubles psychosexuels	Aucun	Sexologue, psychiatre
<i>Examen génital</i>	Anomalie acquises ou congénitales des OGE (plaques, courbures, micropénis, atrophie testis, HBP)	PSA, Testostérone	Urologue / Andrologue
<i>Caractères sexuels secondaires, pilosité, distribution des graisses</i>	Gynécomastie, Hypogonadisme, Hypothyroïdie	Testostérones, SHBG, Prolactine, LH, TSHu	Endocrinologue, Andrologue
<i>Périmètre ombilicale, TA, pouls périph, oedèmes</i>	Sd Métabolique, HTA, Mal. CV, Insuff Card, I Rénale C, Diabète, Dyslipidémie	Créatinine, Cholest Tot HDL, Triglycérides, Glycémie post prandiale	Cardiologue, Endocrinologue
<i>Sensibilité vibratoire, coordination motrice</i>	Mal. Neurol, Diabète	Examen NeuroPhysiol	Neurologue, Endocrinologue

Facteurs de risque cardio-vasculaires

- Age
- sexe masculin
- Tabac
- Hypercholestérolémie
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Hérité coronaire
- Stress?, sédentarité?
- Obésité androïde?

**Si 3 facteur de risque cardio-vasculaire
épreuve d'effort ???????**

Modèle de Framingham

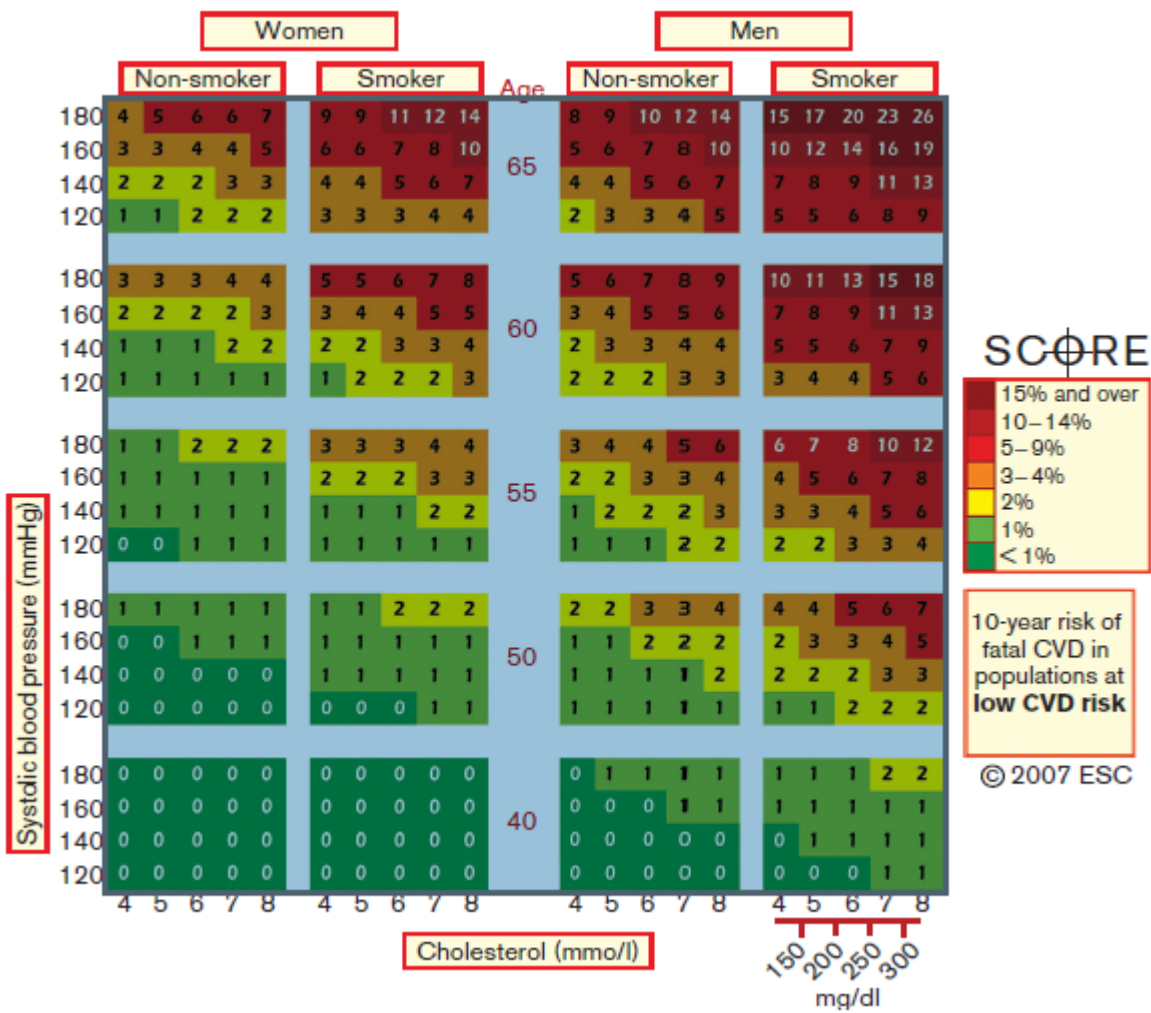
Femme

FACTEURS DE RISQUE		CALCUL DES POINTS	
Age (années)	points LDL	points CT	
30-34	-4	-4	
35-39	-4	-4	
40-44	1	0	
45-49	1	1	
50-54	6	6	
55-59	7	7	
60-64	8	8	
65-69	8	8	
70-74	8	8	
LDL-Cholestérol	points LDL		
< 1,00 g/l (< 2,59 mmol/l)	-3		
1,00 - 1,30 g/l (2,60 - 3,36 mmol/l)	0		
1,30 - 1,60 g/l (3,37 - 4,14 mmol/l)	0		
1,60 - 1,90 g/l (4,15 - 4,82 mmol/l)	2		
≥ 1,90 g/l (≥ 4,92 mmol/l)	2		
cc cholestérol total		points CT	
1,60 g/l (< 4,14 mmol/l)		-3	
1,61 - 2,00 g/l (4,15 - 5,17 mmol/l)		0	
2,01 - 2,40 g/l (5,18 - 6,21 mmol/l)		1	
2,41 - 2,80 g/l (6,22 - 7,24 mmol/l)		1	
≥ 2,81 g/l (≥ 7,25 mmol/l)		3	
Diabète	Points LDL	Points CT	
Non	1	0	
Oui	4	4	
HDL-Cholestérol	Points LDL	Points CT	
< 0,34 g/l (< 0,90 mmol/l)	5	5	
0,35 - 0,44 g/l (0,91 - 1,16 mmol/l)	2	2	
0,45 - 0,49 g/l (1,17 - 1,29 mmol/l)	1	1	
0,50 - 0,59 g/l (1,30 - 1,55 mmol/l)	1	0	
≥ 0,60 g/l (≥ 1,56 mmol/l)	-3	-3	
PAS (mmHg)	Points LDL		
< 120 mmHg	< 80	80-84	85-89
120 - 129 mmHg	-4	0	1
130 - 139 mmHg		0	2
140 - 159 mmHg			3
≥ 160 mmHg			3
Tabagisme	Points LDL	Points CT	
Non	1	0	

Additionnez les points correspondants à chaque facteur de risque. Puis reportez le score total au tableau de risque à 10 ans.

Homme

FACTEURS DE RISQUE		CALCUL DES POINTS	
Age (années)	points LDL	points CT	
30-34	-1	-1	
35-39	0	0	
40-44	1	1	
45-49	2	2	
50-54	3	3	
55-59	4	4	
60-64	5	5	
65-69	6	6	
70-74	7	7	
LDL-Cholestérol	points LDL		
< 1,00 g/l (< 2,59 mmol/l)	-1		
1,00 - 1,30 g/l (2,60 - 3,36 mmol/l)	0		
1,30 - 1,60 g/l (3,37 - 4,14 mmol/l)	0		
1,60 - 1,90 g/l (4,15 - 4,82 mmol/l)	2		
≥ 1,90 g/l (≥ 4,92 mmol/l)	2		
cc cholestérol total		points CT	
1,60 g/l (< 4,14 mmol/l)		1	
1,61 - 2,00 g/l (4,15 - 5,17 mmol/l)		0	
2,01 - 2,40 g/l (5,18 - 6,21 mmol/l)		1	
2,41 - 2,80 g/l (6,22 - 7,24 mmol/l)		2	
≥ 2,81 g/l (≥ 7,25 mmol/l)		3	
Diabète	Points LDL	Points CT	
Non	0	0	
Oui	2	2	
HDL-Cholestérol	Points LDL	Points CT	
< 0,34 g/l (< 0,90 mmol/l)	2	2	
0,35 - 0,44 g/l (0,91 - 1,16 mmol/l)	1	1	
0,45 - 0,49 g/l (1,17 - 1,29 mmol/l)	0	0	
0,50 - 0,59 g/l (1,30 - 1,55 mmol/l)	0	0	
≥ 0,60 g/l (≥ 1,56 mmol/l)	-1	-2	
PAS (mmHg)	Points LDL		
< 120 mmHg	< 80	80-84	85-89
120 - 129 mmHg	0	0	1
130 - 139 mmHg		1	2
140 - 159 mmHg			3
≥ 160 mmHg			3
Tabagisme	Points LDL	Points CT	
Non	0	0	
Oui	2	2	



Evaluation Psycho-Sexologique

- DE primaire
- <40 ans
- Dépression associée
- Contexte psychiatrique
- Conjugopathie majeure ou DSF
- Indication de sexothérapie

- Dépend de votre niveau de compétence et votre motivation pour une thérapie de soutien....

Thérapie individuelle ou de couple:

- ***Une thérapie de couple si possible , si conjoint accepte de participer.***
 - Elle est recommandée en cas de dysfonctionnement conjugal, que ce soit la cause ou la conséquence du trouble sexuel.
- ***Une thérapie individuelle seule ou en parallèle d'une thérapie de couple,***
 - si des conflits personnels sont à résoudre
 - le conjoint peut devenir le punching-ball de tout ce qu'on n'a pu régler autrefois.

Thérapie analytique ou sexothérapie:

- **Analytique**

- si l'on perçoit (dans ce que dit le patient, ou le couple) l'influence de conflits psychiques infantiles non résolus dans l'origine du trouble, et
- si le patient ou le couple a suffisamment d'introspection pour adhérer à cette hypothèse.

- **Sexothérapie, dans les autres cas.**

- L'idée n'est pas tant de maîtriser la sexualité que de donner des outils pour construire une relation intime en toute liberté.

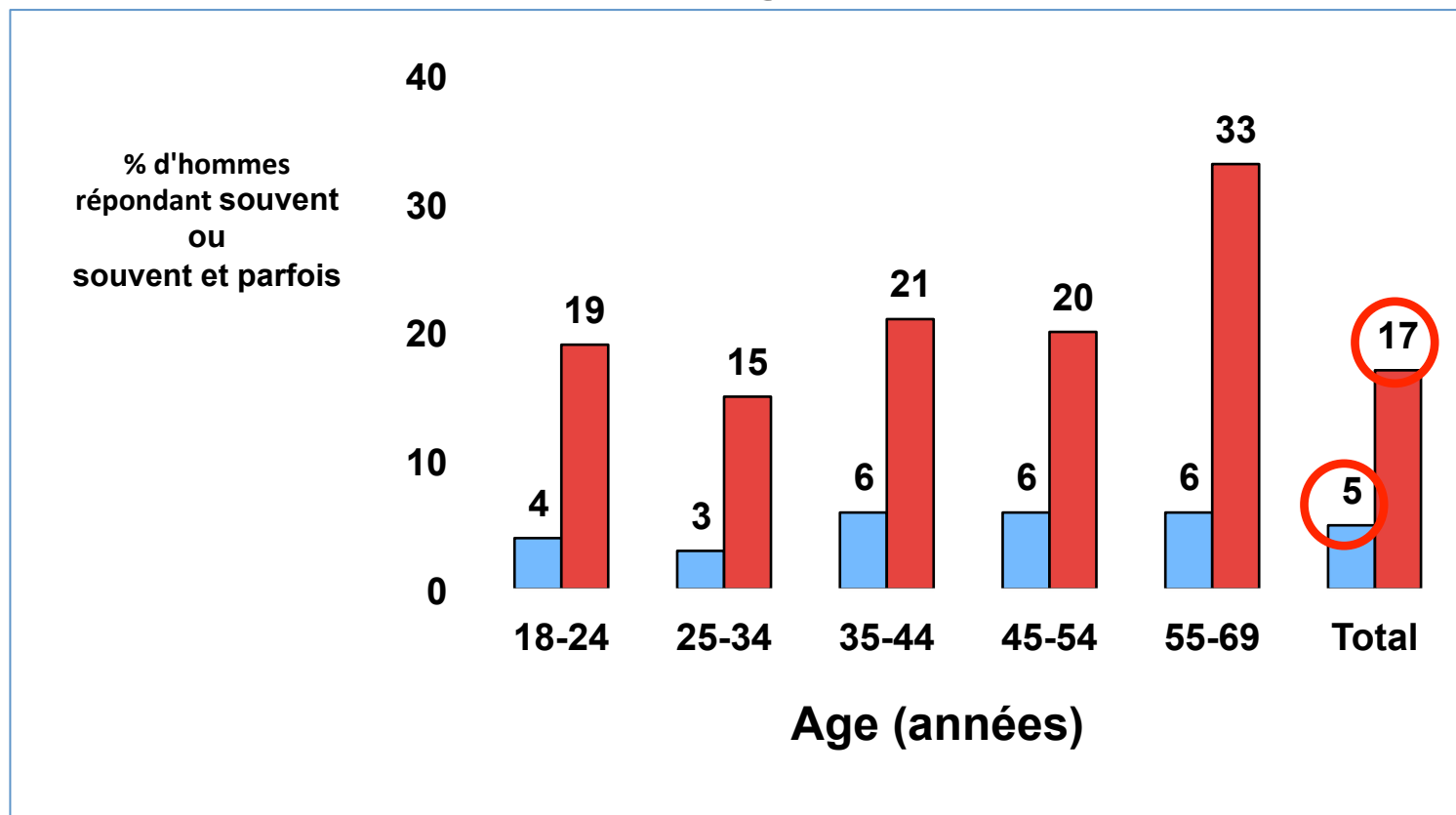
Ejaculation Précoce

Quels critères diagnostiques ?

DONNÉES FRANÇAISES : ENQUÊTE ACSF

Ejaculez vous trop rapidement, y compris avant de pénétrer votre partenaire ?

1248 hommes interrogés :



Ejaculation prématurée

- Délai bref pour éjaculé
 - Manque de contrôle
 - Souffrance personnelle
 - Souffrance de la partenaire
-

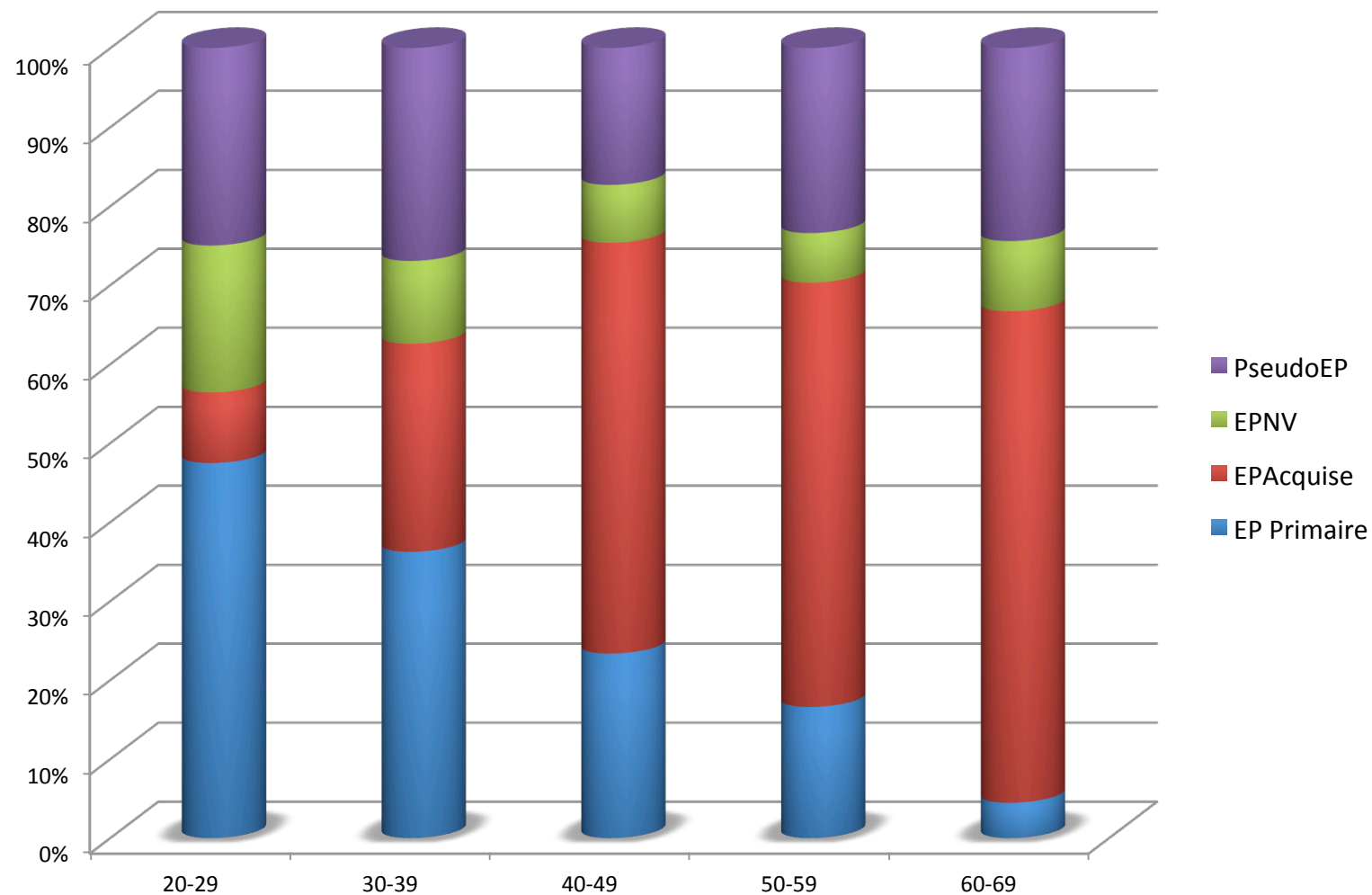
Définitions

EP primaire(1)	EP acquise	EP naturellement variable (2)	Pseudo-EP (2)
<p>Délai pour éjaculer après la pénétration vaginale: 1minute ou moins toujours ou presque.</p> <p>Incapacité de retarder l'éjaculation lors de toutes ou presque les pénétrations vaginales.</p> <p>Conséquences personnelles négatives: souffrances, gêne, frustration, évitement de l'intimité sexuelle</p>	<p>Diminution significative du délai pour éjaculer après la pénétration vaginale: 3 minutes ou moins toujours ou presque.</p> <p>Incapacité de retarder l'éjaculation lors de toutes ou presque les pénétrations vaginales.</p> <p>Conséquences personnelles négatives: souffrances, gêne, frustration, évitement de l'intimité sexuelle</p>	<p>Éjaculations précoces occasionnelles.</p> <p>Incapacité totale ou partielle à retarder une éjaculation imminente.</p> <p>Ejaculation parfois dans des délais normaux</p>	<p>Perception subjective d'une éjaculation précoce lors des rapports sexuels. Ejaculation précoce imaginaire</p> <p>Le temps de latence pour éjaculer est dans la fourchette normale (3 à 25 min).</p> <p>La capacité à retarder l'éjaculation imminente est diminuée ou absente.</p>

1- McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J Sex Med 2008;5:1590–606.

2- Waldinger MD. Recent advances in the classification, neuro-biology and treatment of premature ejaculation. Adv Psycho-som Med 2008;29:50–69.

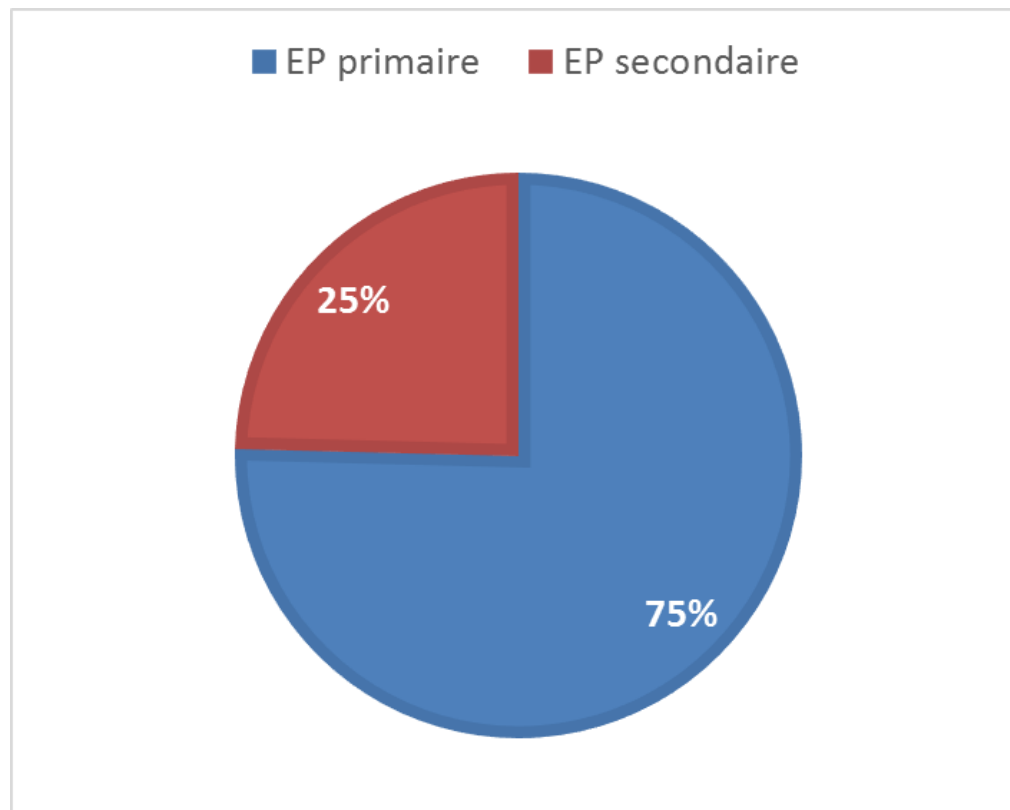
Profile des patient consultant pour EP variable avec l'âge



Nature du trouble

- Primaire ou secondaire
 - Délai
 - Ante-portas
 - <1 minute
 - Plus... interrogatoire
 - Association à d'autres dysfonctions sexuelles: DE
 - Association à d'autres maladies
-

Type d'EP des patients

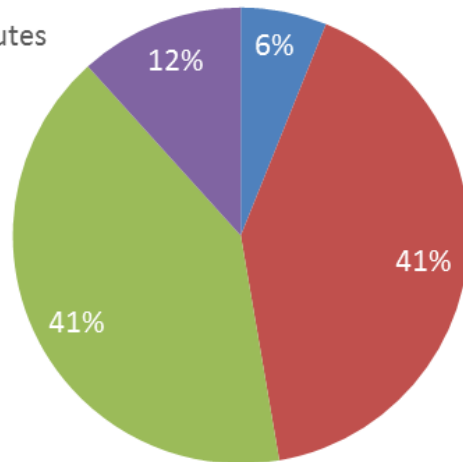


- L'EP était présente depuis le début de la vie sexuelle pour 3 patients inclus sur 4 (75% d'EP primaire).
- Les EP secondaires, survenues après une période de vie sexuelle normale, dataient de $3,7 \pm 4,9$ ans en moyenne.

Délai d'éjaculation

DÉLAI MOYEN D'ÉJACULATION

- éjaculation avant la pénétration le plus souvent
- < 1 minute
- entre 1 et 2 minutes
- > 2 minutes



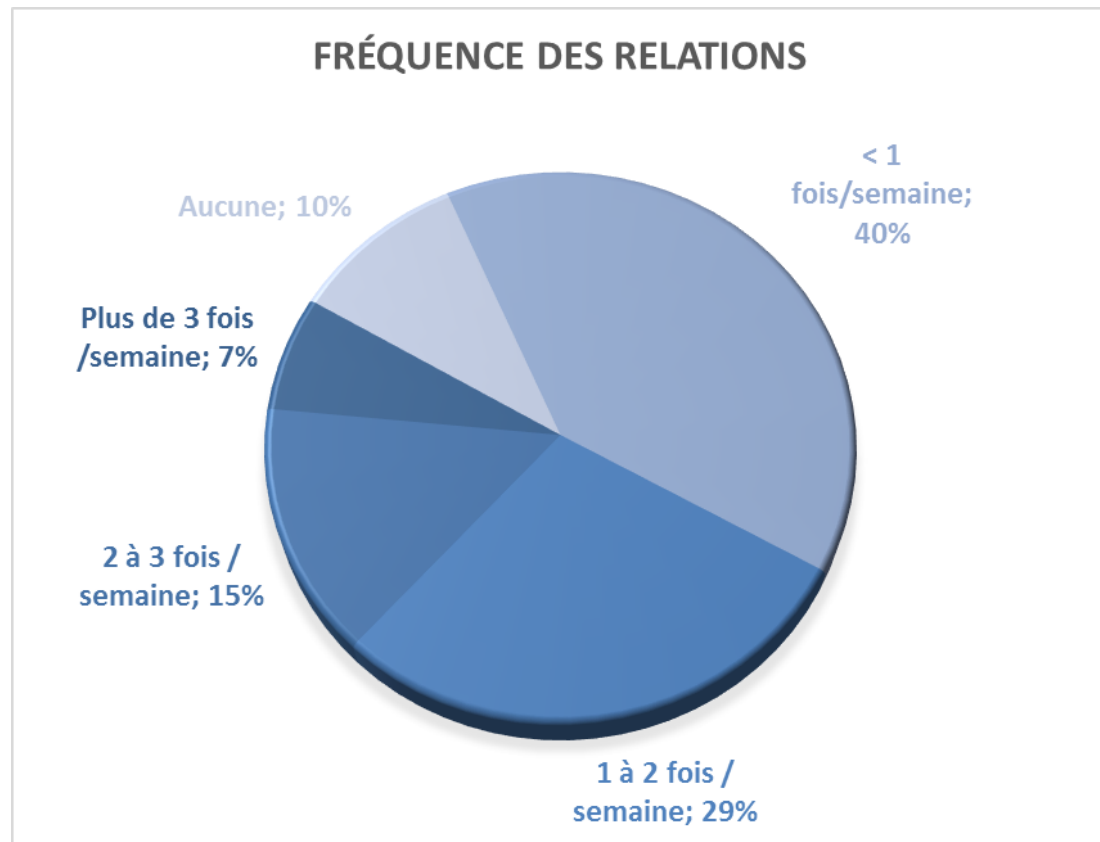
- Pour près de la moitié (47%) des patients (51% des EP primaires et 35% chez les patients avec EP secondaire, $p < 0,001$), l'éjaculation survenait avant ou moins d'une minute après la pénétration.

Diagnostic d'une autre DSM :

- **Trouble du désir :**
 - “Avez-vous toujours envie d’avoir des rapports ?”
- **Trouble de l’érection :**
 - “Avez-vous des difficultés pour obtenir ou maintenir une érection rigide?”
- **Douleurs lors des rapports :**
 - “Avez-vous mal pendant les rapports, pendant l’érection, au moment de l’éjaculation ?”,
- **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.

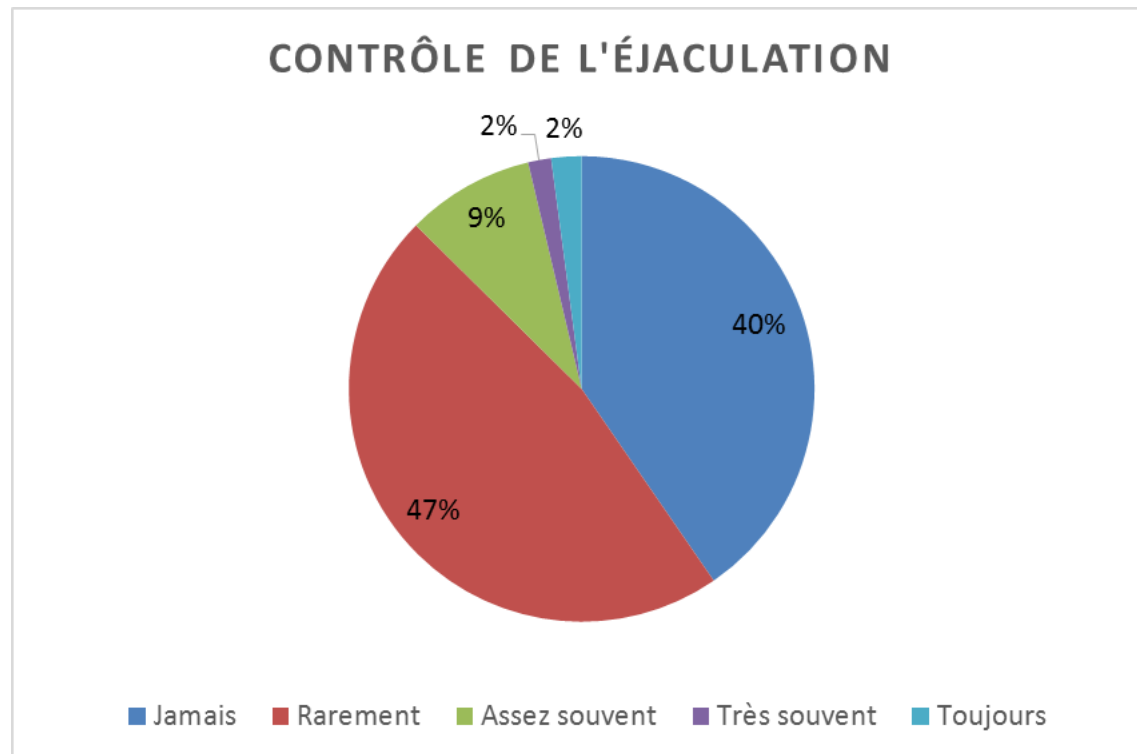
Fréquence des relations sexuelles

- La moitié des patients déclare avoir des relations sexuelles à une fréquence inférieure à une fois par semaine au cours des 4 dernières semaines.
- Un patient sur 10 n'a aucune relation sexuelle au cours du mois précédant la consultation.

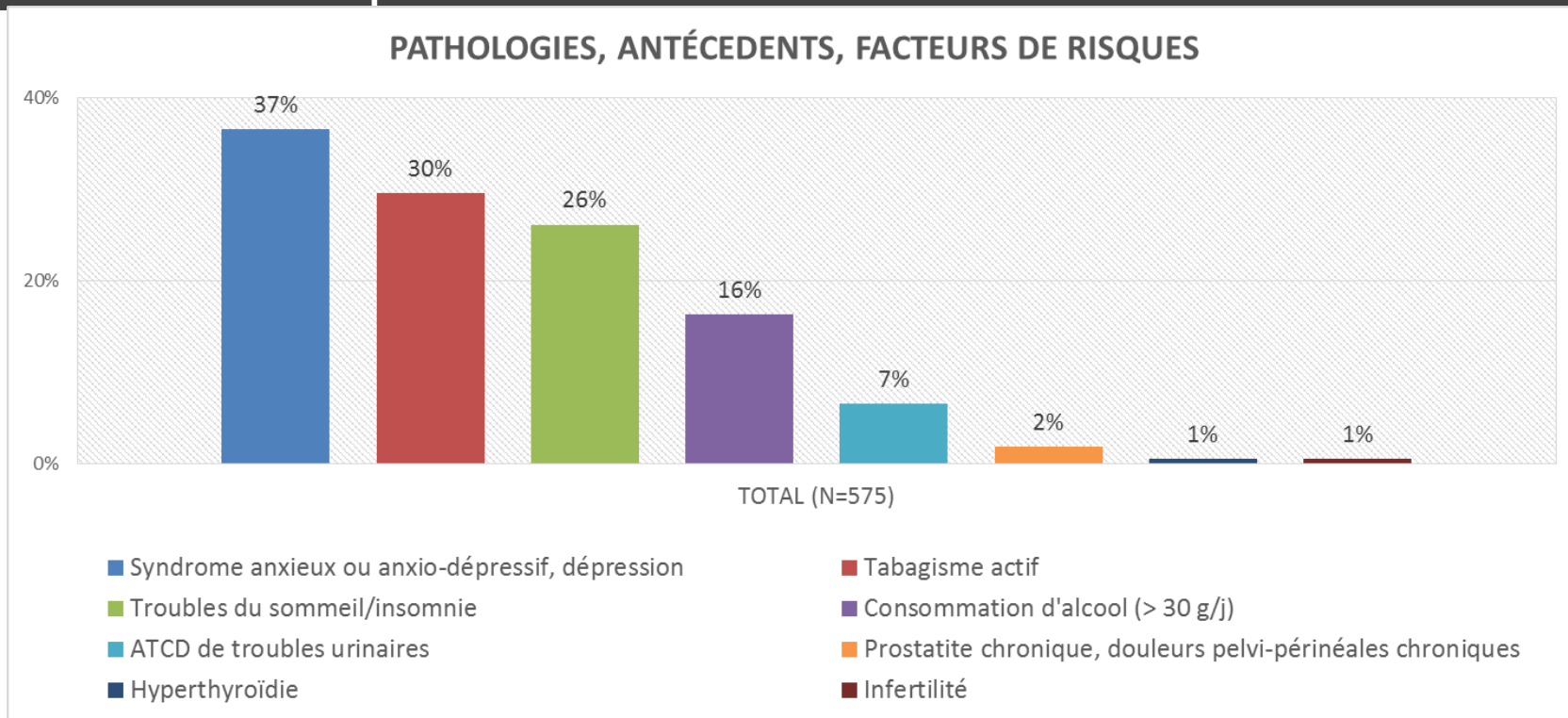


Contrôle DE l'éjaculation

- 40% des patients inclus estimaient ne jamais pouvoir contrôler l'éjaculation et 47% rarement.
- Les patients avec EP secondaire présentaient un meilleur contrôle de leur éjaculation (22% ne la contrôlant jamais vs. 47% parmi les patients avec EP primaire, $p < 0,001$).

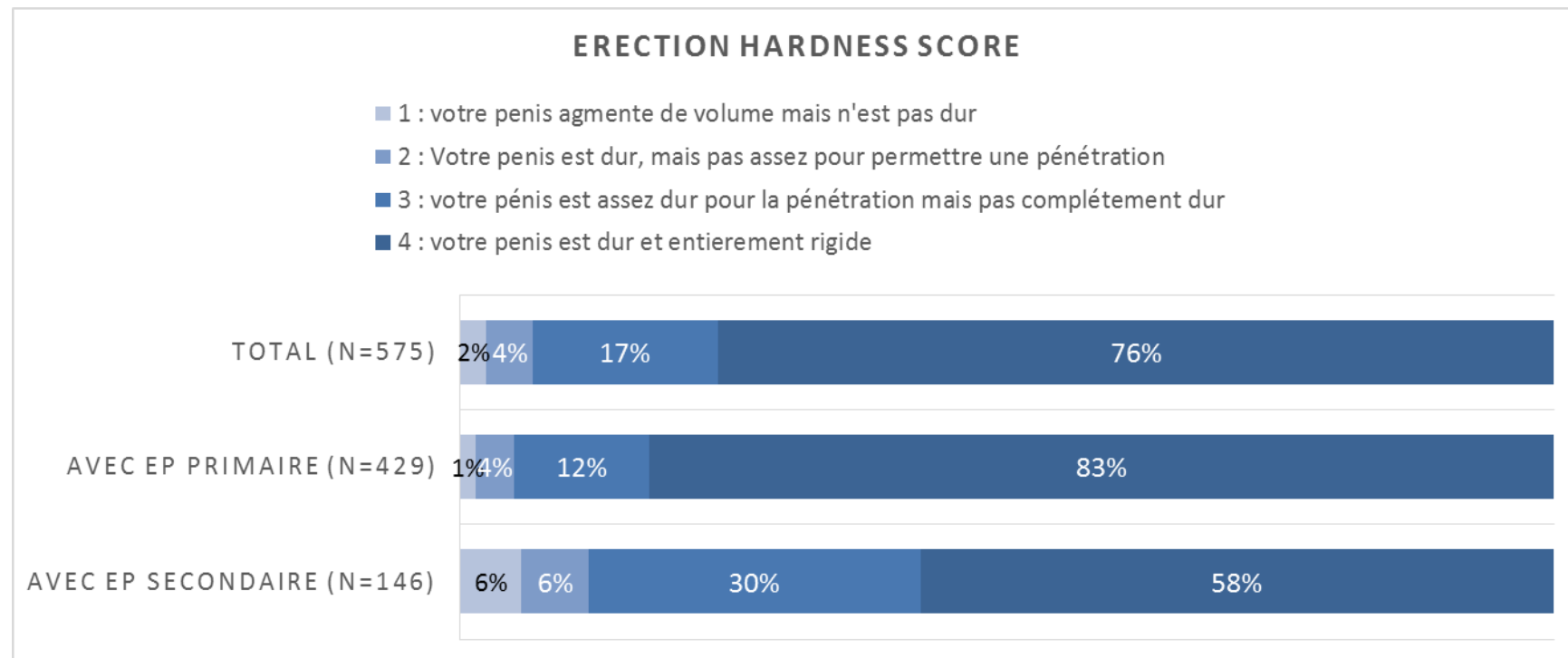


Pathologies, antécédents, facteurs de risque



- 63% des hommes présentaient au moins une pathologie associée à l'EP (1.2 ± 1.2 en moyenne) ; 38% des patients sans pathologie concomitante. 37% avec syndrome anxieux.

Dysfonction érectile associée

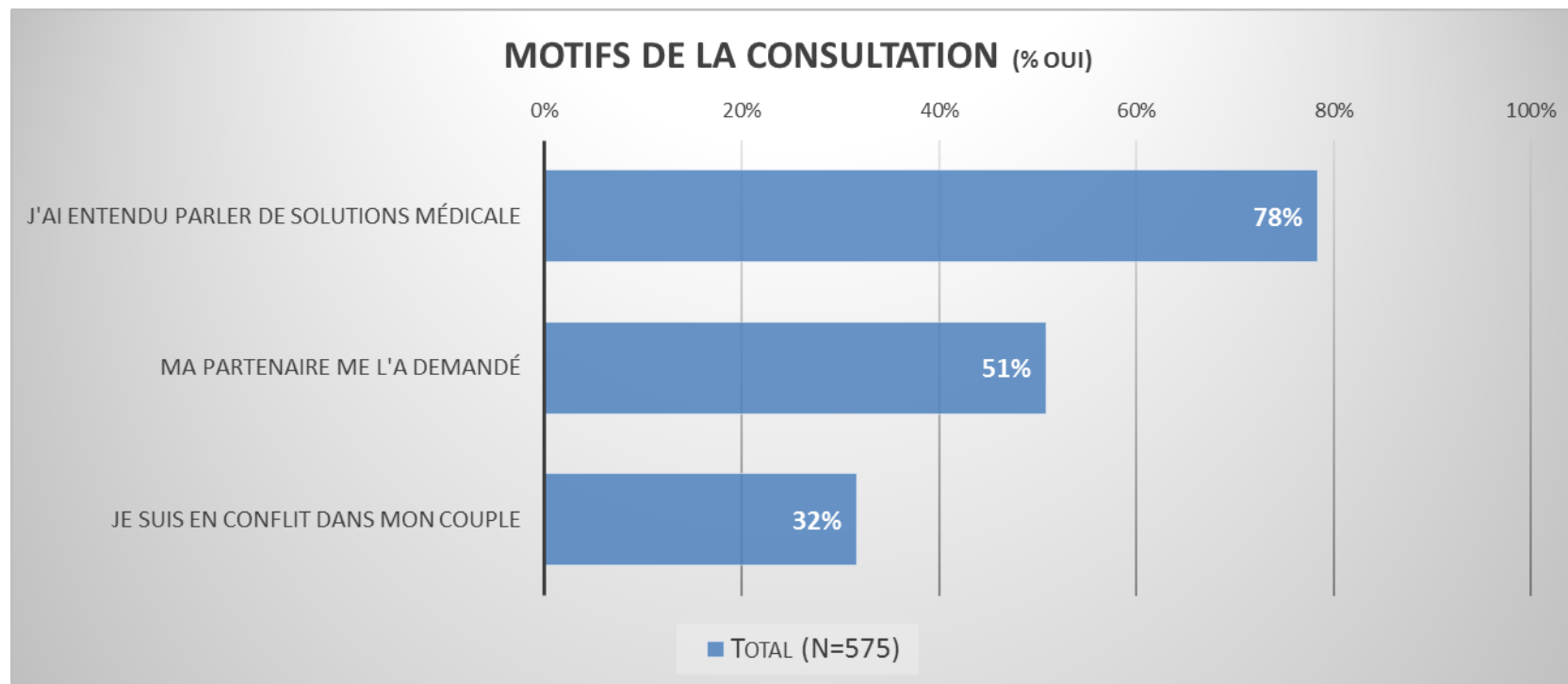


- Score moyen : $3,7 \pm 0,7$
- 24% des patients avec EP inclus présentaient des difficultés érectiles avec un score < 4 (42% chez les patients avec EP secondaire vs. 17% avec EP primaire. $p < 0.0001$), depuis $3,0 \pm 4,3$ ans en moyenne.
- Pas plus d'iPDE5 utilisés par les patients EP secondaire: 2,8%

Évaluation: Interrogatoire structuré

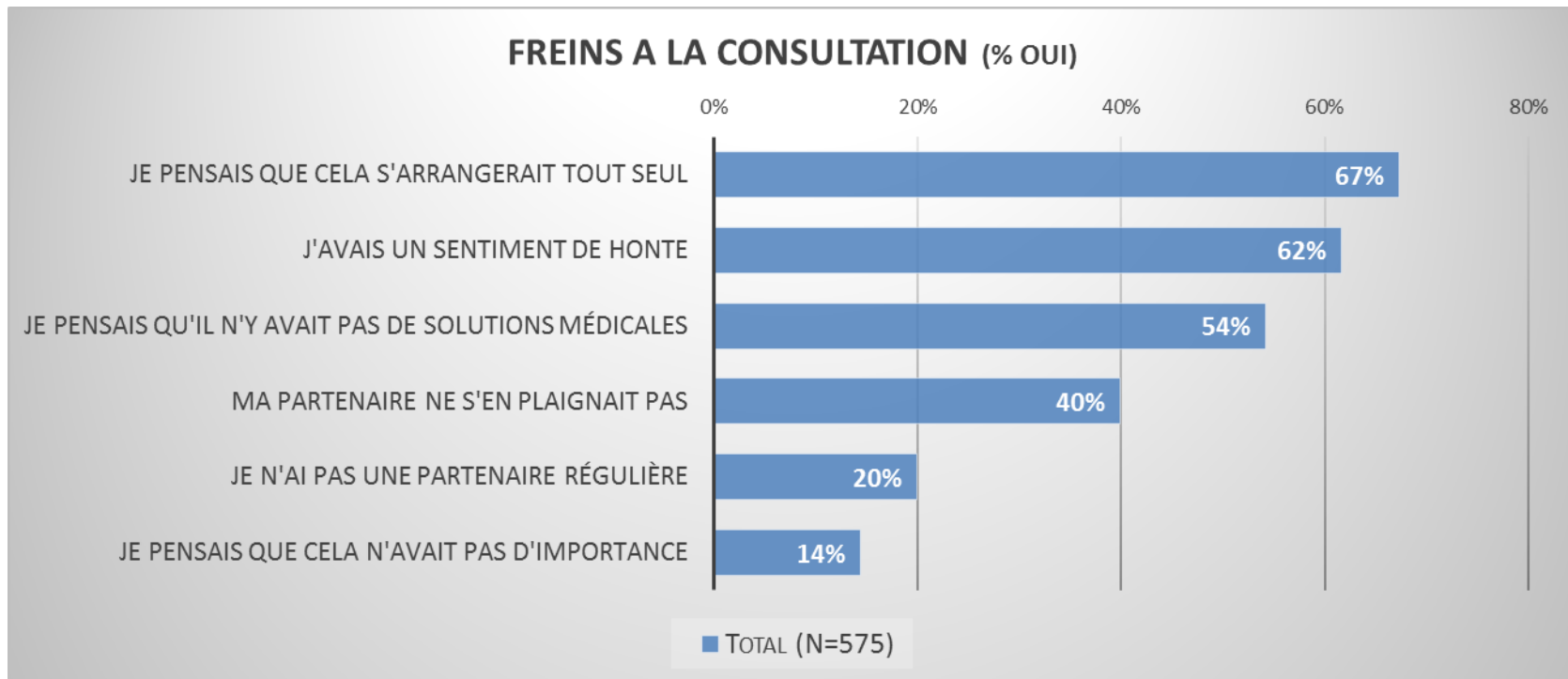
- La personnalité
 - L'histoire sexuelle
 - Puberté-expériences-traumatismes
 - L'histoire personnelle
 - Éducation – Famille
 - Valeurs morales et religieuses
 - Couple:
 - Partenaire synergique, en conflit, partie...
 - Contexte professionnel.
-

MOTIFS DE CONSULTATION



- Près de **80%** des patients ont entendu parler de solutions médicales

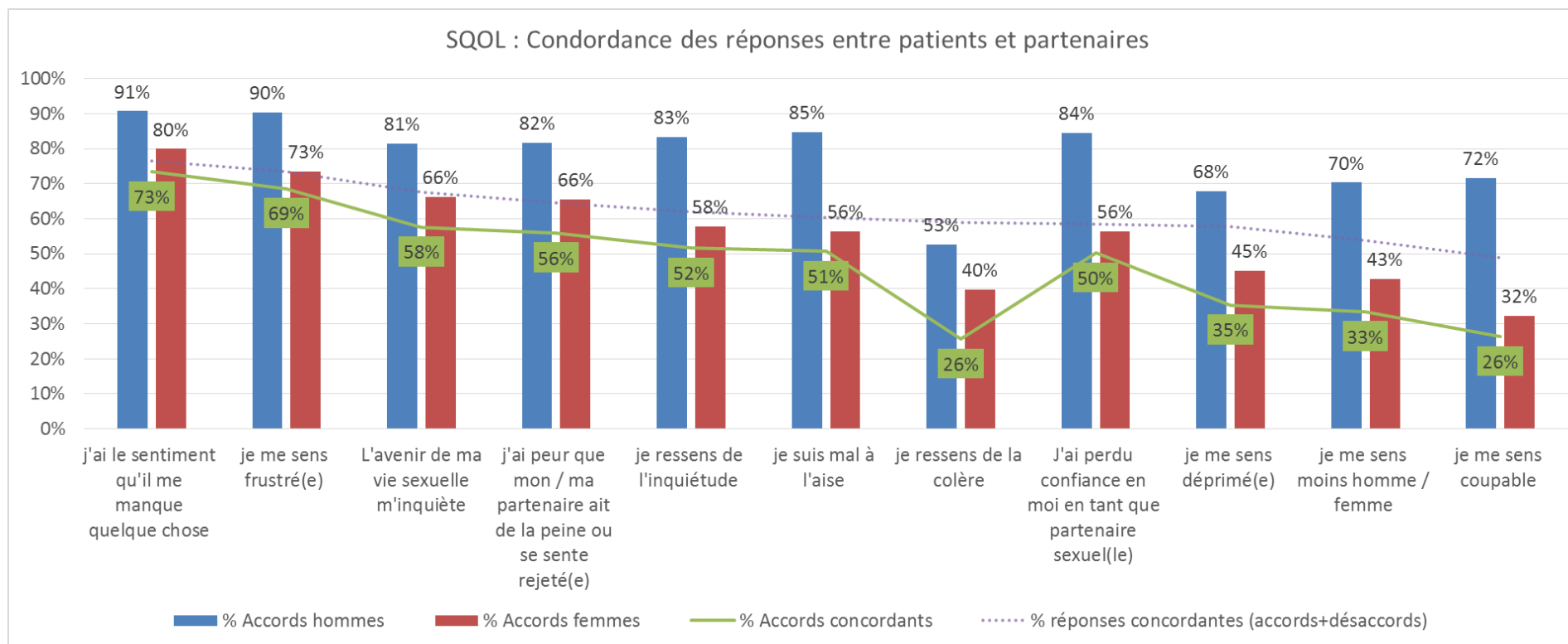
FREINS A LA CONSULTATION



- Deux tiers des patients pensaient que cela « s'arrangerait tout seul »

Qualité de vie sexuelle (SQOL) : concordance Patients / Partenaires

(N=290)



- % de réponses négatives chez l'homme toujours supérieur aux % relevés chez les partenaires.
- Convergence sur le sentiment d'une vie sexuelle incomplète, de frustration et d'inquiétude.

Examen Clinique ?

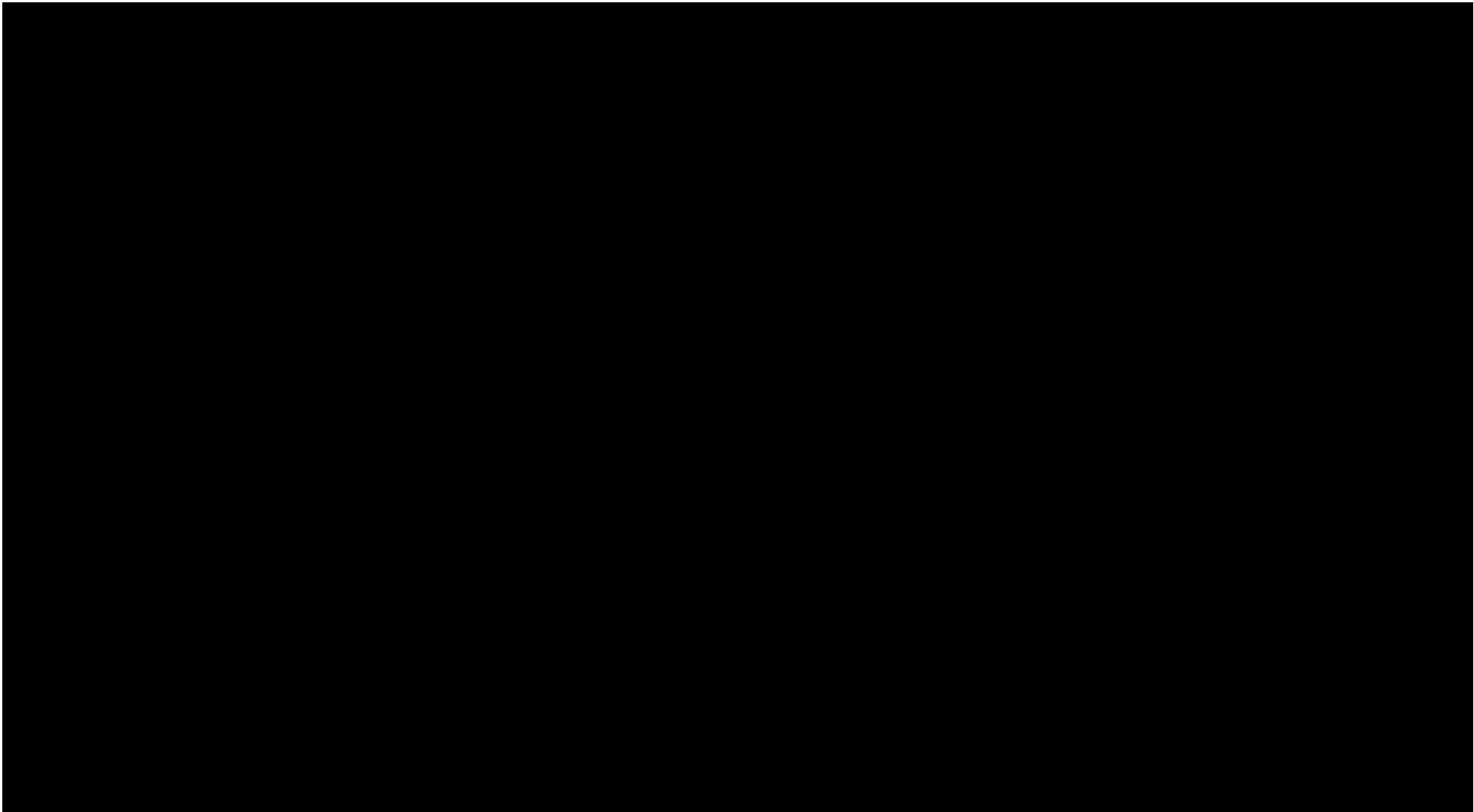
- L'examen clinique peut être réalisé pour l'évaluation initiale de l'EP pour identifier une comorbidité associée notamment une DE. (3-C)
- Rechercher une anomalie du prépuce ou brièveté du frein qui doit être traitée.
 - Brièveté du frein présente chez 43% des EP. Frénulectomie= +2,5 minutes et amélioration du contrôle.
- Rechercher des signes de prostatite chronique

Recommandations EAU. EUROPEAN UROLOGY 57 (2010) 804–814. Update March 2013

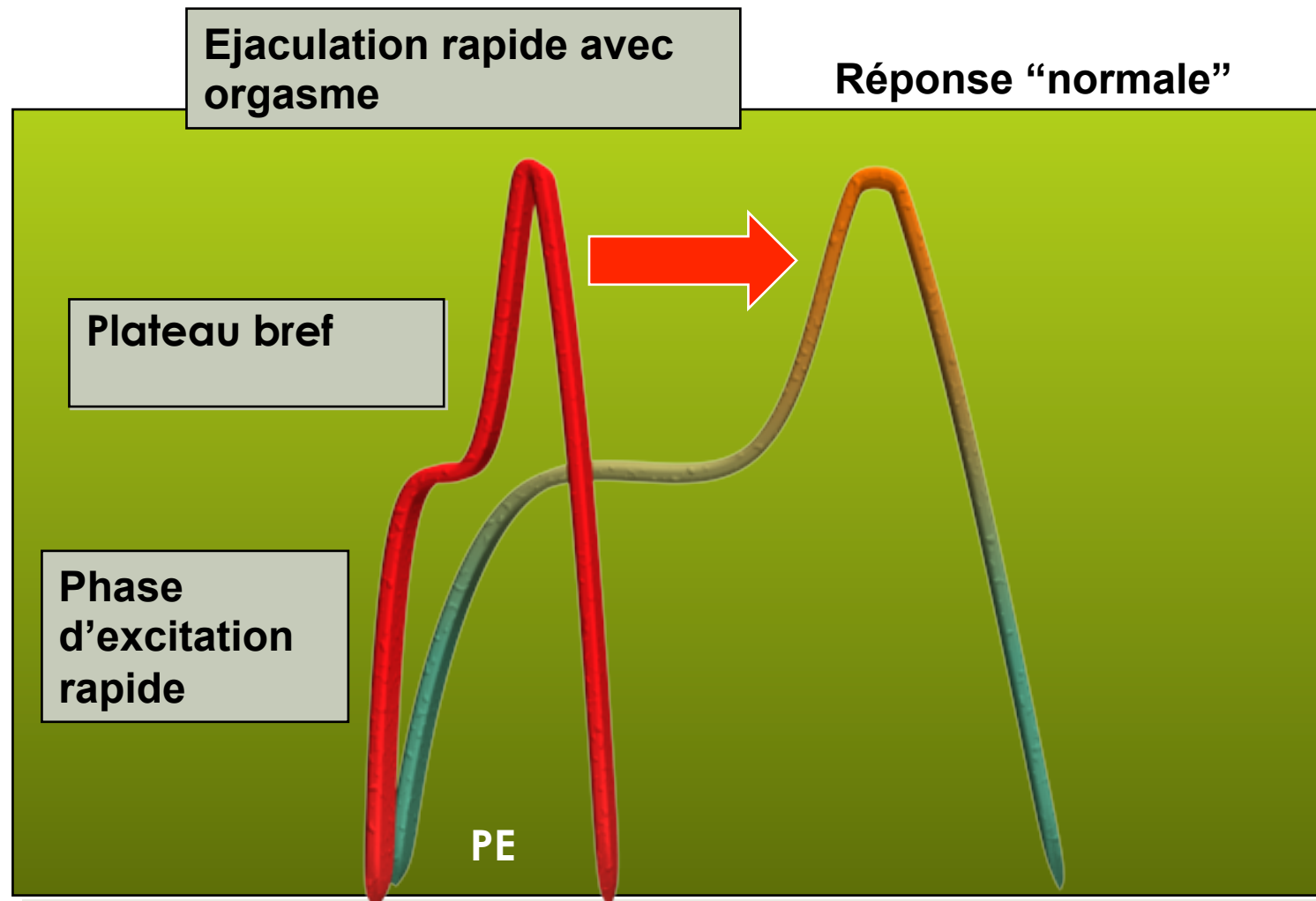
Gallo L, Perdona S, Gallo A. The Role of Short Frenulum and the Effects of Frenulectomy on Premature Ejaculation. J Sex Med 2010;7:1269–1276

Ejaculation Précoce

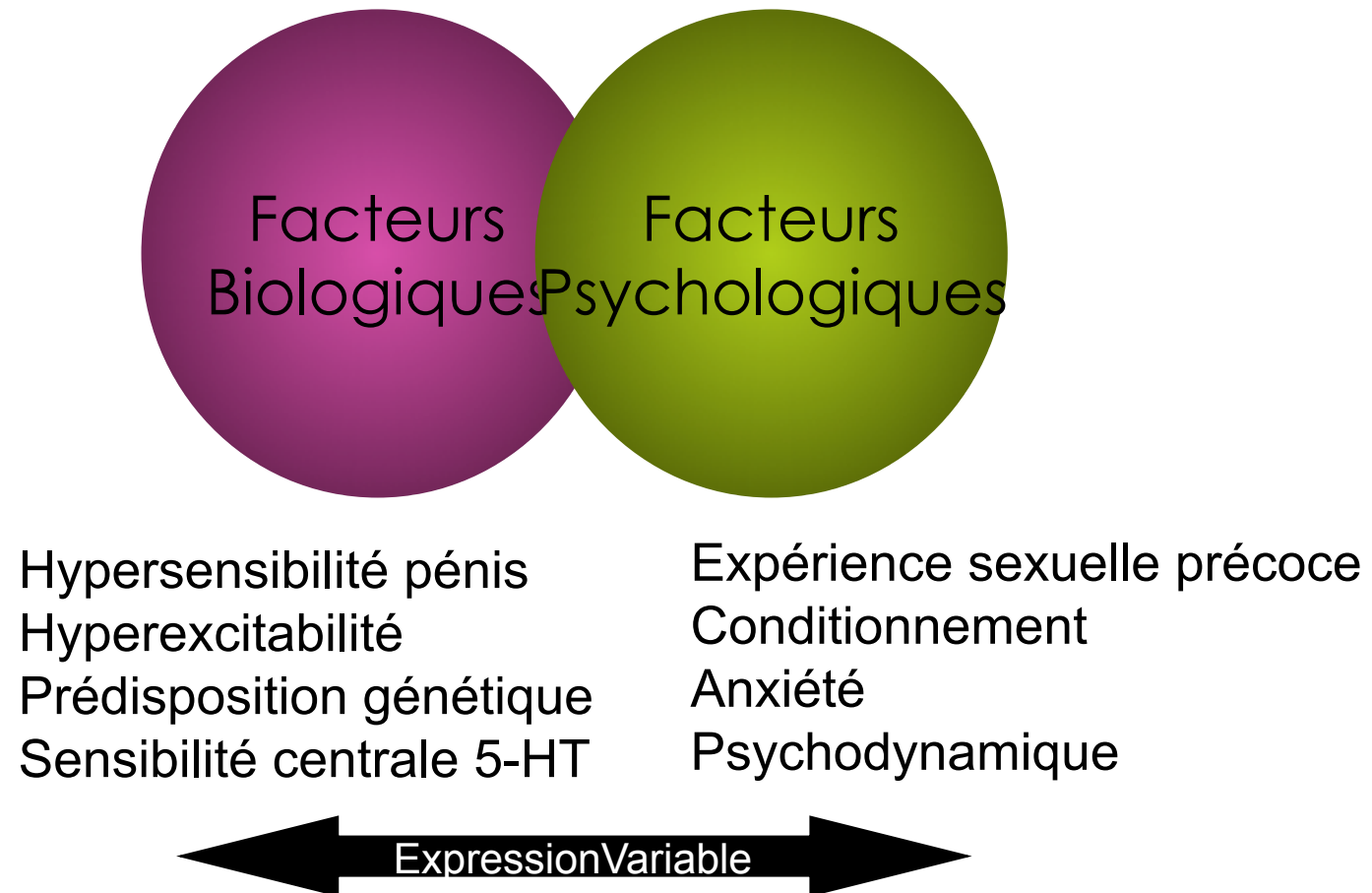
Pharmacothérapie: place des IRS et nouvelles perspectives



BUT DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE : RETARDER LA SURVENUE DE L'EJACULATION



Hypothèses physiopathologiques



Adapted from Perelman, *Atlas of Male Sexual Dysfunction*, 2004

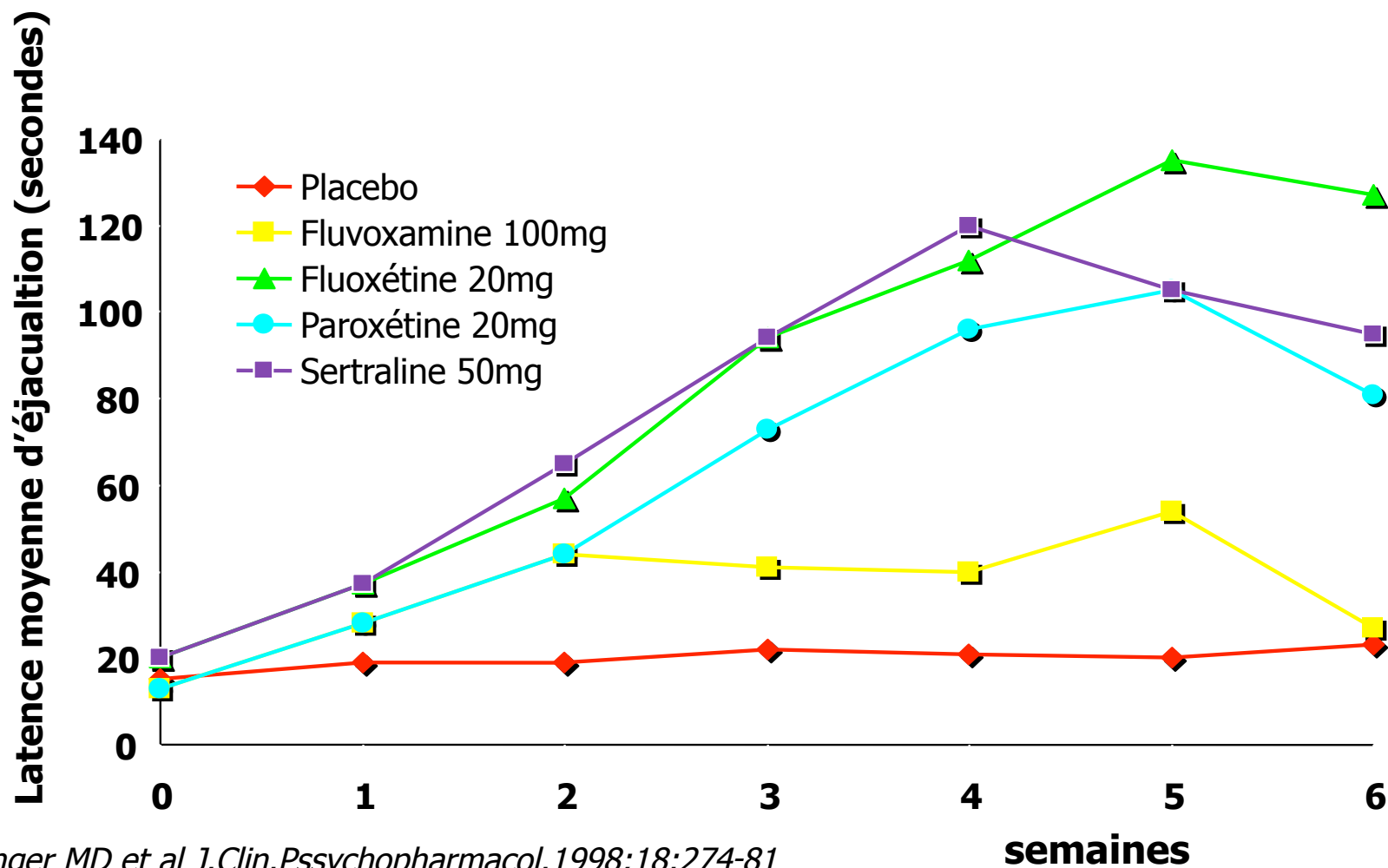
TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE

Traitements per os	
Antidépresseurs hors AMM traitement quotidien	fluoxétine, paroxétine, citalopram, clomipramine
Dapoxétine à la demande	Priligy ^R
Tramadol hors AMM à la demande	seul ou associé (antalgique)

Anesthésie locale	
Anesthésique local	lidocaïne-prilocaine crème (Emla ^R) hors AMM

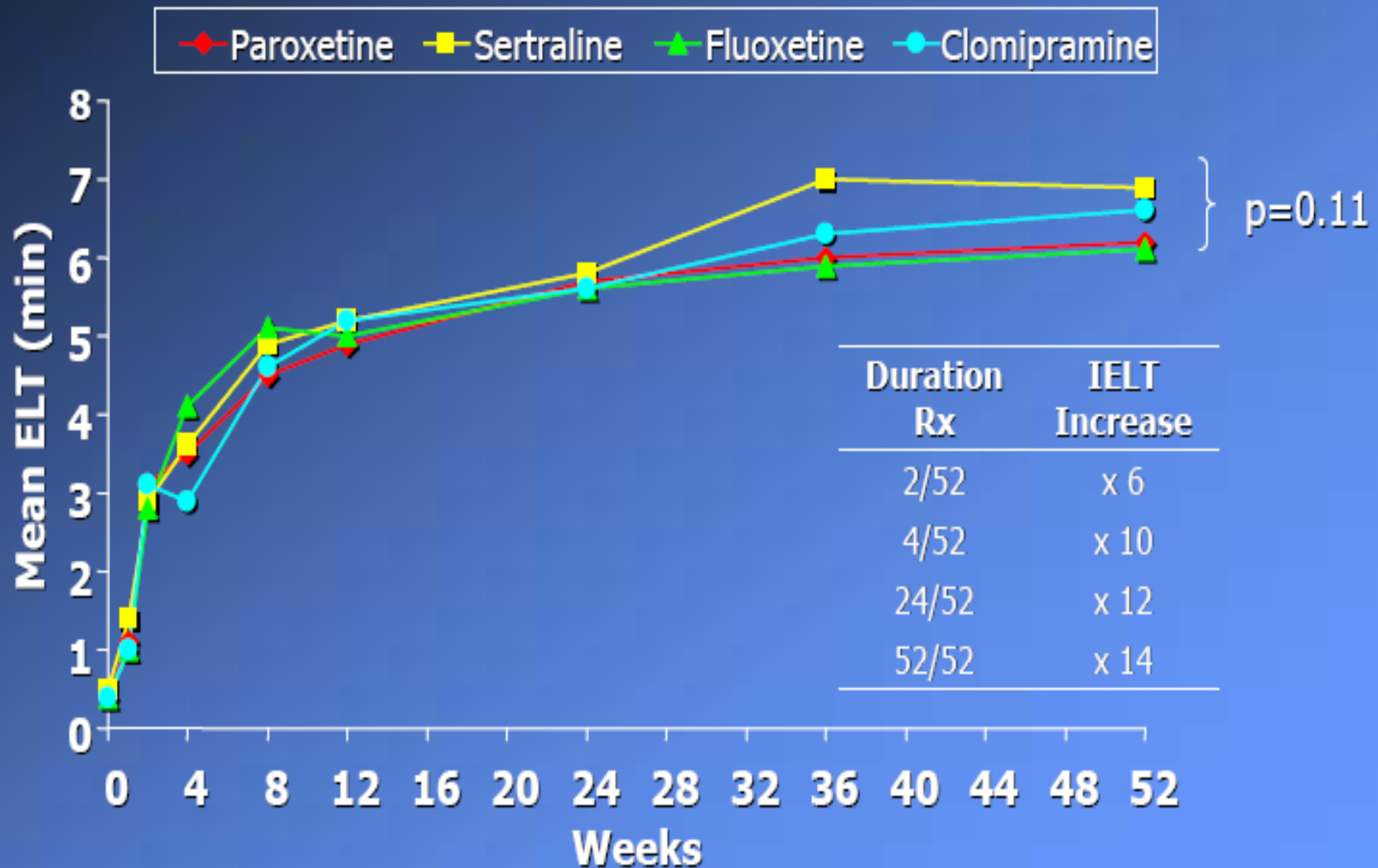
Les antidépresseurs hors AMM

Le traitement chronique par antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) retarde l'éjaculation (hors AMM)



Waldinger MD et al *J.Clin.Psychopharmacol.*1998;18:274-81

Effets à long terme des IRS et de la clomipramine en traitement quotidien sur le délai pour éjaculer (ELT)



McMahon, C.G., Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors. *Int.J.Imp.Res*, 2002. 14(Suppl.3): p. S19.

Inconvénients du traitement chronique par antidépresseurs hors AMM pour retarder l'éjaculation

■ Effets secondaires sexuels :

- Dysfonction érectile
- Diminution de la libido

■ Réactions de sevrage

■ Syndrome sérotoninergique

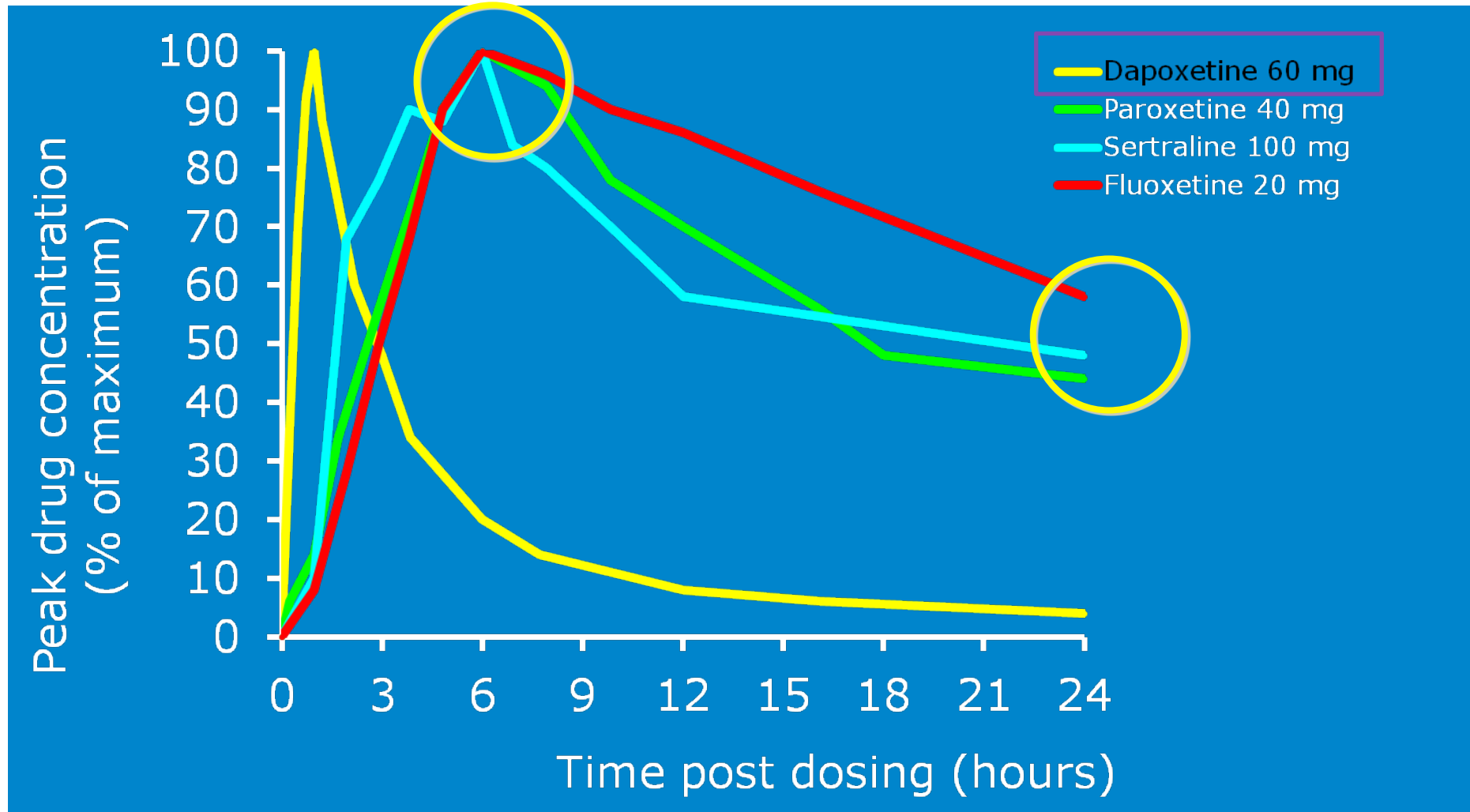
■ Autres effets secondaires:

- Sécheresse buccale
- Nervosité
- Troubles digestifs
- Céphalées
- Somnolence
- Troubles cognitifs

Priligy[®] (dapoxétine)

- Pharmacocinétique - Mécanisme d'action
 - Programme de développement clinique
 - Efficacité
 - Effets secondaires
 - Du bon usage
-

DAPOXETINE (PRILIGY®): DEMI-VIE COURTE PAS D'ACCUMULATION



Deroxat® prescribing information page 2

Zoloft® prescribing information page 3

Prozac® prescribing information pages 2 & 3

Dapoxétine: Phases III

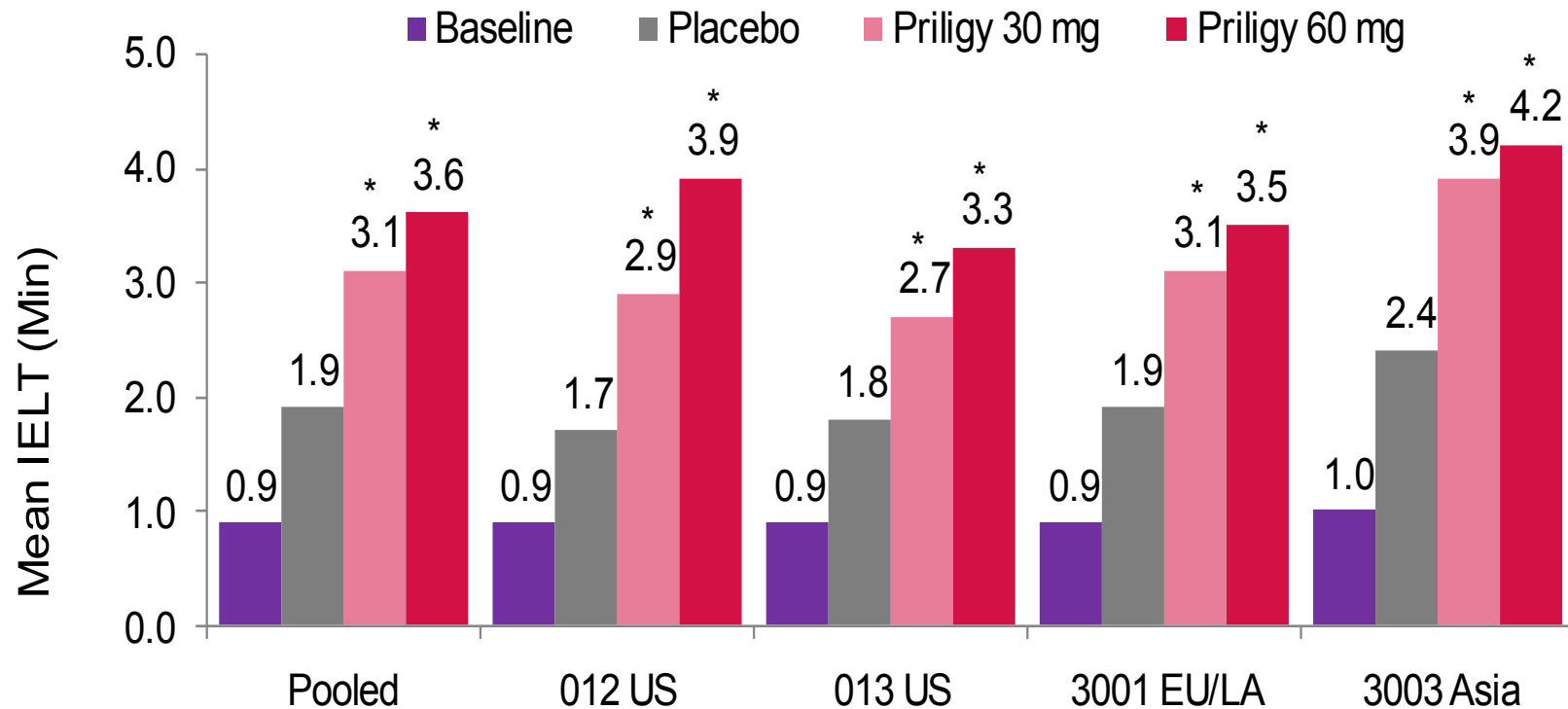
'PE' defined as an IELT of <2 minutes in 75% of attempts during baseline assessment period

Study number	Description	Subjects enrolled Sites
C-2002-012 (012) C-2002-013 (013)	12 week phase III trials of as-needed Priligy in men with premature ejaculation*	2,614 121 sites in USA
C-2002-014 (014)	9 month open label extension of studies 012 & 013	1,774 121 sites in USA
R096769- PRE-3001 (3001)	24 week phase III trial of as-needed Priligy in men with premature ejaculation*	1,162 143 sites in Europe, South America, Mexico, Canada, Israel and South Africa
R096769- PRE-3002 (3002)	9 week phase III trial assessing withdrawal effects of chronic daily and as-needed dosing with Priligy in the treatment of PE	1,238 91 sites in USA and Canada
R096769- PRE-3003 (3003)	12 week phase III trial of as-needed Priligy in men with premature ejaculation*	1,067 52 sites in Asia and Australia

EFFET DE PRILIGY® (30 – 60 mg) SUR LE DÉLAI POUR ÉJACULER

Mean IELT by study and treatment at endpoint[†]

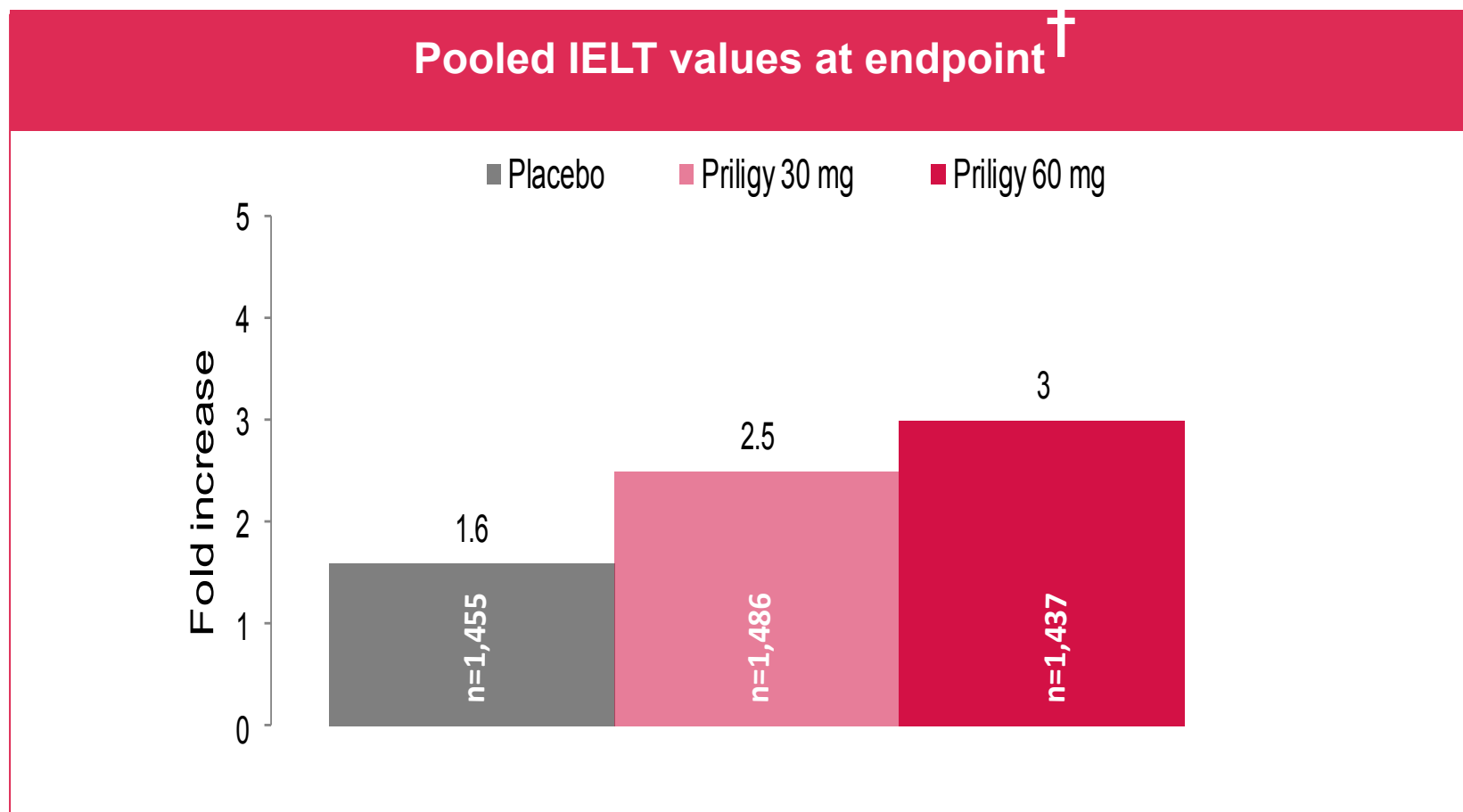
*p<0.001 vs placebo ANCOVA



[†]Week 12 (Pooled, 012, 013, 3003) or Week 24 (3001) last observation carried forward

McMahon et al. (2008) Presented at ESSM/ISSM; Data on file; Buvat et al. (2009) Eur Urology ;
McMahon et al. (2007) Presented at APSSM

EFFET DE PRILIGY® (30 – 60 mg) SUR LE DÉLAI POUR ÉJACULER

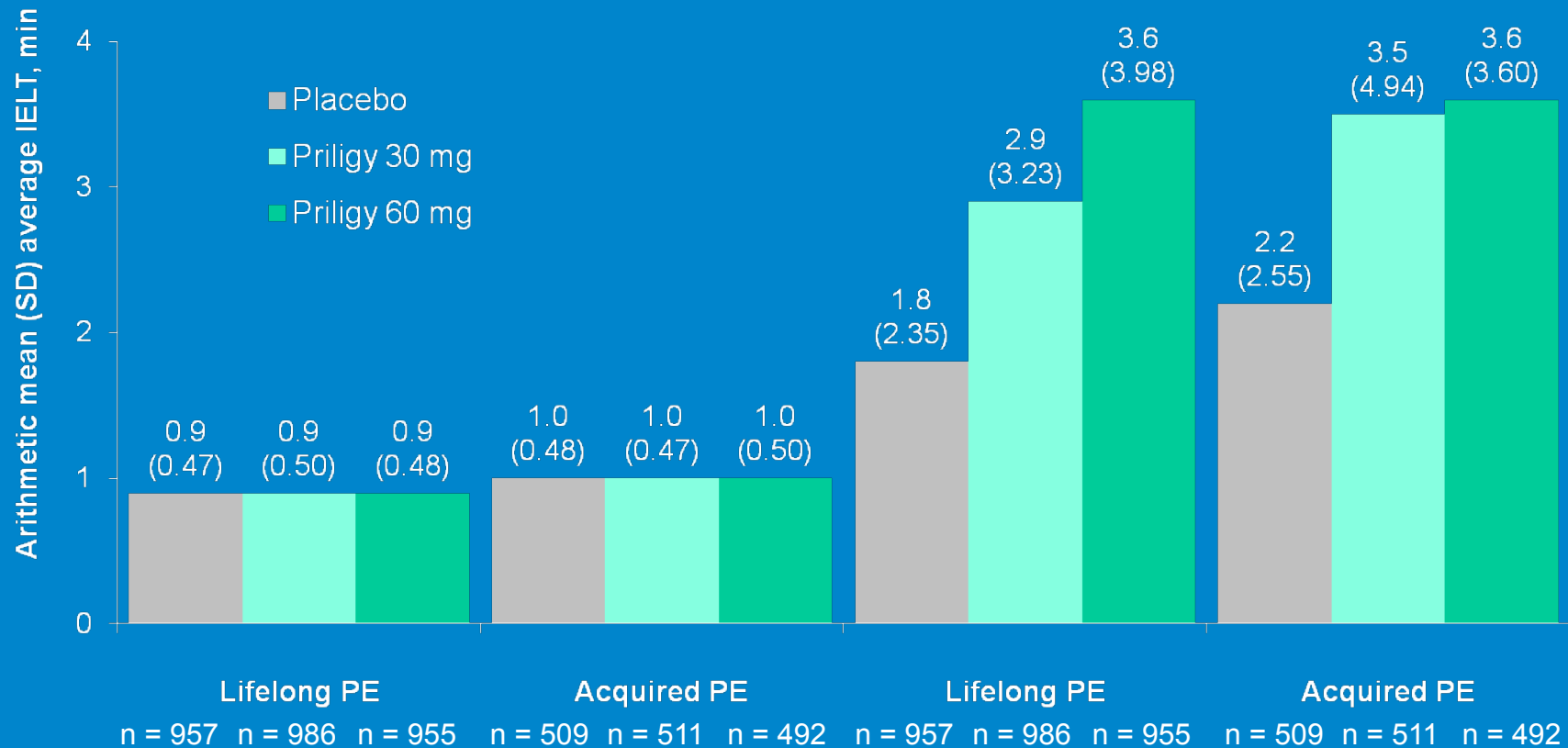


[†]Week 12 (012, 013, 3001, 3003) last observation carried forward

* Fold-increase=geometric endpoint/geometric baseline, not model based. Values are unadjusted.

McMahon et al. (2008) Presented at ESSM/ISSM

PRILIGY Etudes de Phase III : EP primaire et acquise efficacité comparable



Inclusion

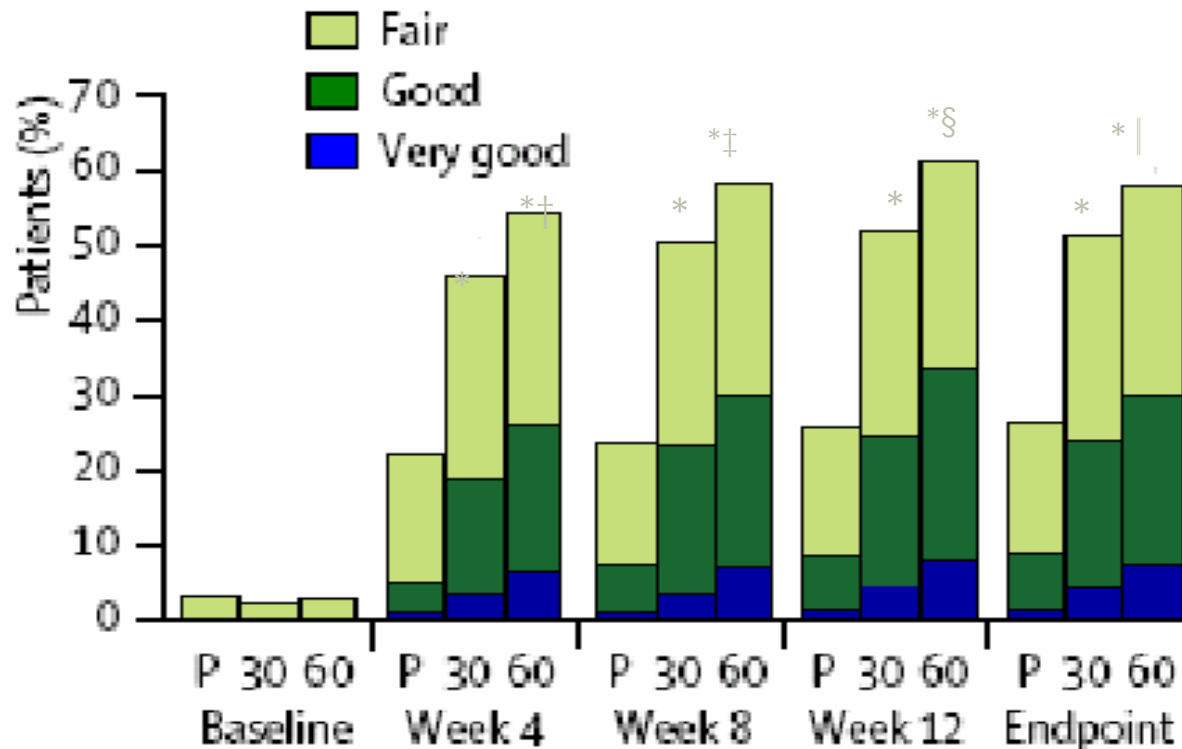
Fin d'étude

SD, standard deviation; IELT, intravaginal ejaculatory latency time; PE, premature ejaculation.

^aBased on pooled data from the 2 US studies, the international study, and the Asia-Pacific study.

PRILIGY® (30 – 60 mg) A LA DEMANDE AMELIORE LE CONTRÔLE SUR L'ÉJACULATION

'Over the past month was your control over ejaculation during sexual intercourse..'
Very poor (0), poor, fair, good, very good (4)

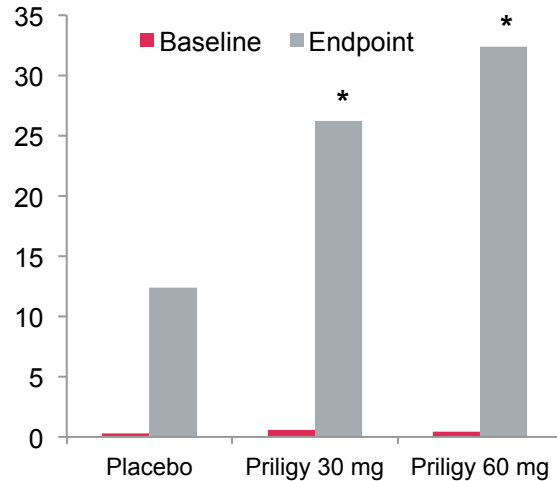


Study endpoint represents final visit values (week 12 or last visit). * p<0.0001 vs placebo; † p=0.0013 vs 30 mg; ‡ p=0.0025 vs 30 mg; § = 0.0082 vs 30 mg.

AMELIORATION DES RESULTATS RAPPORTES PAR LES PATIENTS (Premature Ejaculation Profile)

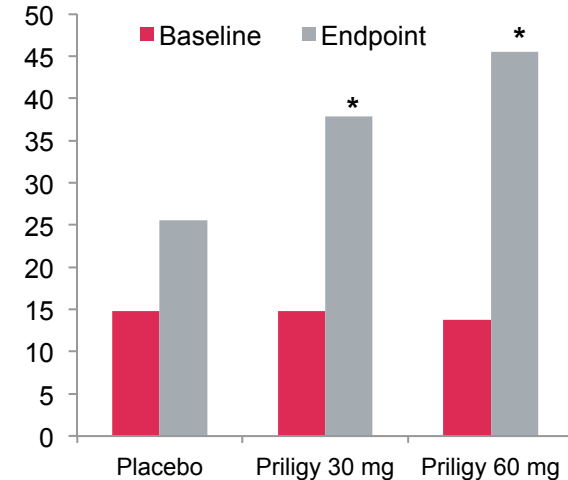
Contrôle de l'éjaculation

% reporting 'good' or 'very good' control



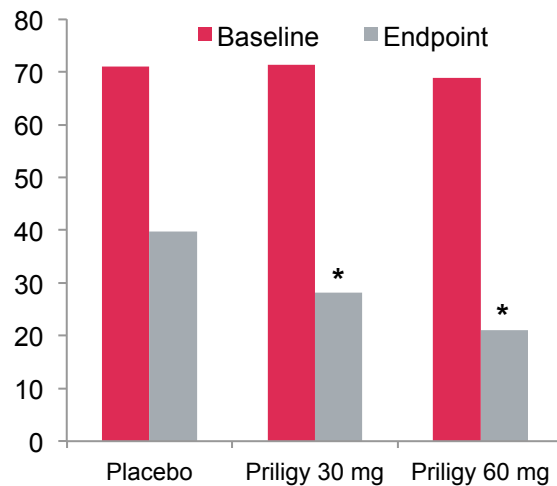
Satisfaction

% reporting 'good' or 'very good' satisfaction



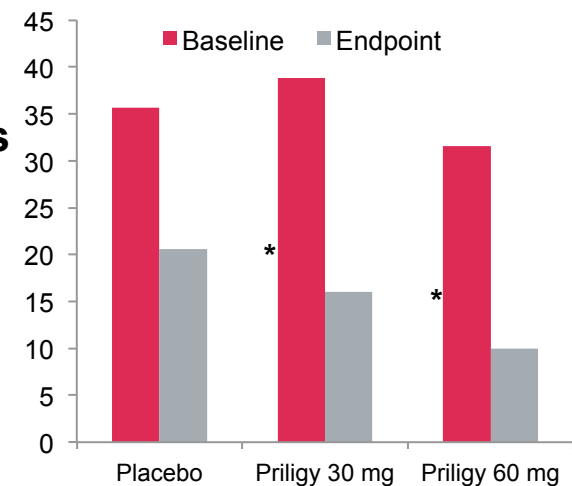
Souffrance personnelle

% reporting % 'quite a bit' or 'extremely' distressed



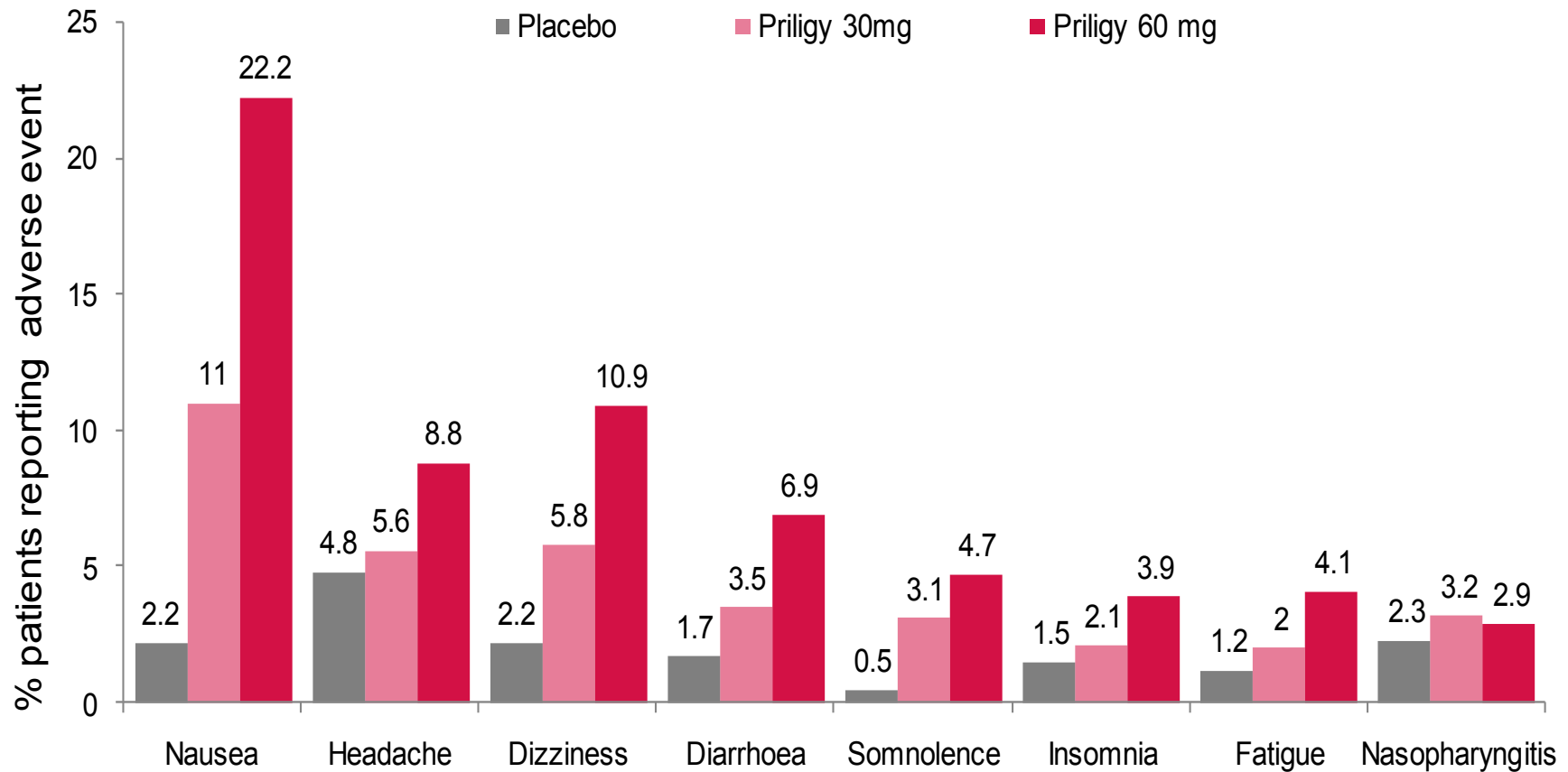
Difficultés interpersonnelles

% reporting 'quite a bit' or 'extremely' interpersonal difficulties



* P < 0.001

Effets secondaires les plus fréquents (≥2% des patients)



Arrêt à cause des nausées : 0.1% placebo, 0.9% 30 mg, 3.0% 60 mg

Pas d'effets délétères sur la fonction érectile ou la libido mesurés par l'IIEF

Traitement de l'EP : comparaison des effets secondaires de PRILIGY vs antidépresseurs hors AMM (AUA guidelines)

	Somnolence	Nausées	Etourdisse-ments	Sécheresse buccale	Dysfonction érectile	Anéjaculation
Clomipramine ¹	3–30%	30%	14%	10–23%	20%	–
Paroxétine ¹	0–43%	3%	–	6–7%	6%	3–8%
Fluoxéine ¹	11%	8–22%	3–9%	4–8%	16% ⁵	–
Sertraline ¹	0–27%	3–12%	0–12%	0–19%	0–4%	0–22%
PRILIGY 30 mg	3%²	11%²	6%²	2%³	2%³	0.5%⁴
PRILIGY 60 mg	5%²	20%²	11%²	4%³	3%³	0.5%⁴

1. Montague et al. J Urol 2004;172:290–294 and Appendix 2; 2. McMahon et al. 2008; presented at ESSM;
3. Buvat et al. Eur Urology 2009;55:957–968; 4. Buvat et al. (2007) presented at SMSNA; Rosen et al. J Clin Psychiatry 2003;64(suppl 10):5–10

Effet indésirable rare

- De rares cas de syncopes vasovagales durant les études¹ de phase III : 0,06% sous 30 mg et 0,23% sous 60 mg

- Données de pharmacovigilance post-AMM² entre décembre 2008 et juin 2011 :
 - 5 cas de syncopes vasovagales
 - sur un total de près de 4 000 000 d'utilisations par 850 000 patients
 - Fréquence des syncopes = 0,000125%

- Aucune syncope déclarée depuis

1 Mentions légales disponibles sur www.ansm.sante.fr

2 Assessment report for PRILIGY® and associates names. EMA/73530/2012. - Annexe II www.emea.europa.eu

Priligy® en pratique

- Traitement à la demande
- Dose initiale recommandée : 30 mg, 1 à 3 heures avant l'activité sexuelle
- Posologie journalière maximale : 1 prise par 24 heures
- Disponible en boîtes de 3 et 6 comprimés, aux posologies de 30 mg et 60 mg



Anesthésiques locaux

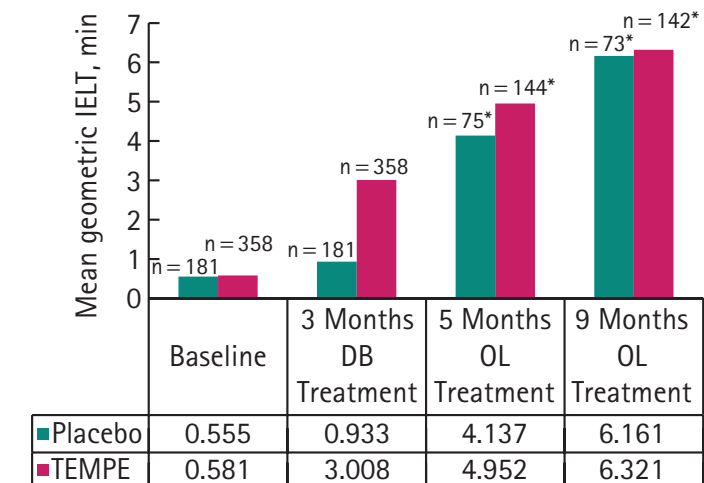
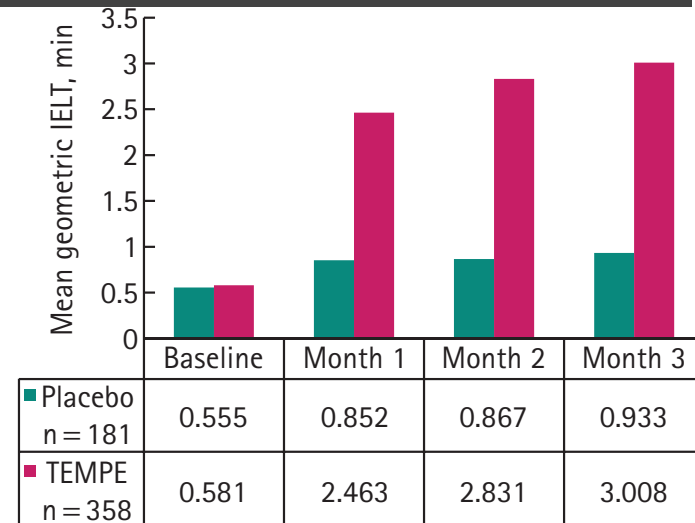
□ Anesthésique local (lidocaïne, prilocaïne)

□ 5 min avant le rapport

□ Aérosol Spray (TEMPE) *Dinsmore et al BJU Int 2006*

□ 80% amélioration, 55% IELT > 2min

□ *in randomized, double-blind, placebo-controlled trials*



*All patients using TEMPE

Anesthésiques locaux

□ Absorption vaginale

□ Irritation locale

TABLE 1 Local treatment-related adverse events (AEs) reported by subjects (358) and their sexual partners using TEMPE 30 mg (applied 5 min before intercourse) for 3 months double-blind treatment: combined data from two Phase III clinical trials [23,24]

Subject (n = 358)		Partner (n = 358)	
Primary system organ class	n (%)	Primary system organ class	n (%)
Preferred term*		Preferred term*	
Reproductive system and breast disorders:	18 (5.0)	Reproductive system and breast disorders:	21 (5.9)
Loss of erection	11 (3.0)	Vulvovaginal burning sensation	18 (5.0)
Genital erythema	2 (0.6)	Vulvovaginal discomfort	3 (0.8)
Genital burning sensation	1 (0.3)	Vaginal pain	1 (0.3)
Hypoaesthesia	6 (1.7)	Vulvovaginal pruritus	1 (0.3)
Ejaculation failure	2 (0.6)		

*A subject with multiple occurrences of an AE under one treatment is counted only once in the AE category for that treatment. A subject with multiple AEs within a primary system organ class is counted only once in the total row.

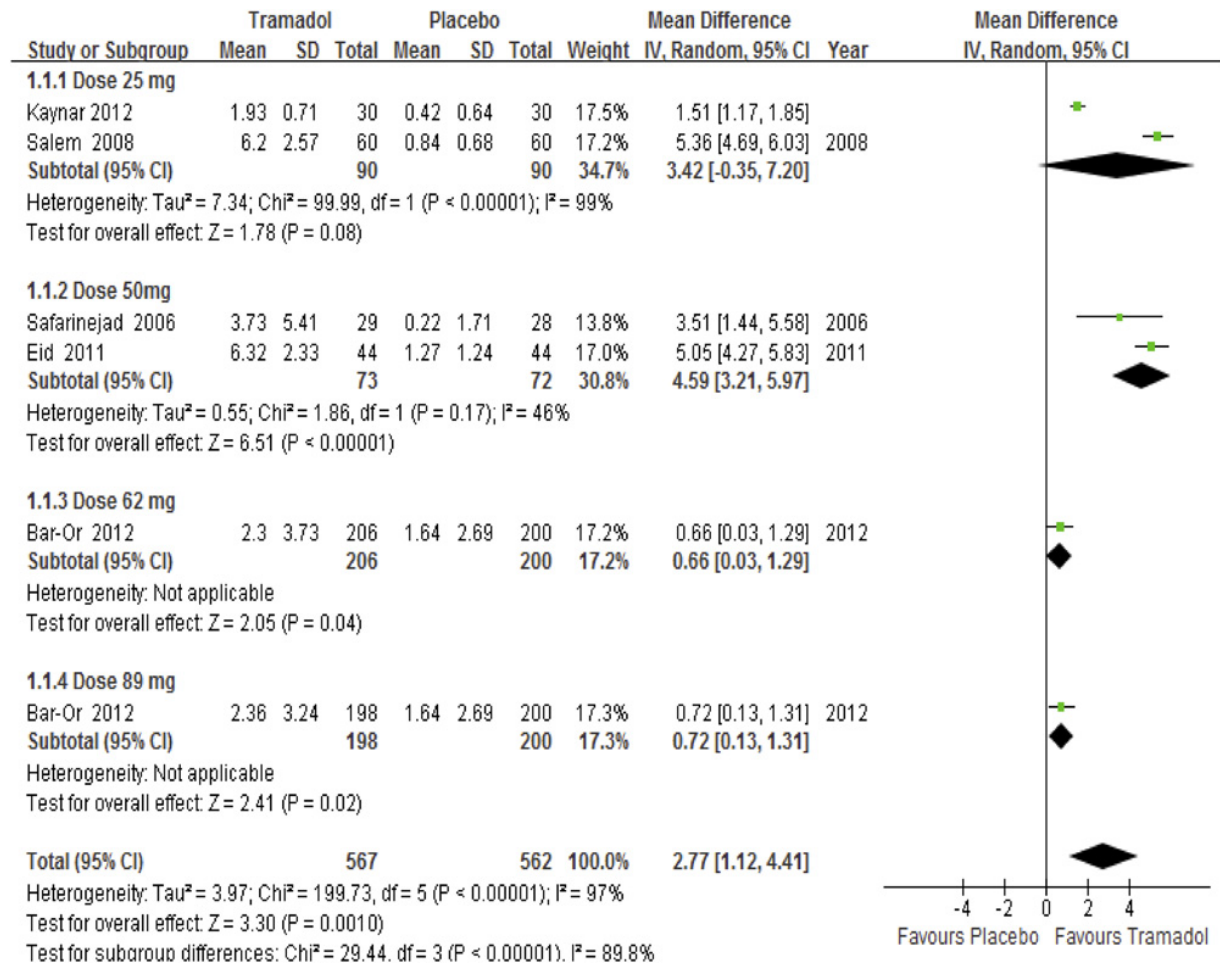
Tramadol à la demande

Tramadol

- Activateur des récepteurs μ opiod
- SSRI et SNRI
- 2h avant
- 50 à 80mg

Versus Placébo

- 5 études: 1 129 couples



Tramadol à la demande

- Tramadol 50 vs Sexothérapie comportementale
 - + 3,3 min vs 1,61 min
- 2 études vs Paroxétine:
 - Résultats discordant: pas de différence
- EI:
 - Nausée 10 à 20%
 - Somnolence 5-10%

Inhibiteurs de PDE5

- Lorsqu'une dysfonction érectile est associée à l'EP



L'éjaculation prématurée[☆]

Premature ejaculation

R. Porto^a, F. Giuliano^{b,*}

Comorbidité vraie : Ejaculation prématurée ancienne et survenue d'une Dysfonction Erectile (âge, diabète, HTA ...) = DE + EP

Éjaculation prématurée révélée par une dysfonction érectile

Il s'agit d'une forme d'EP masquée par la DE « écran » qu'elle a fini par entraîner [22]. Cette forme est importante à identifier dans la pratique urologique courante car assez fréquente et souvent méconnue. La DE apparaît après une longue période d'EP et résulte d'une inhibition sensorielle du patient pour tenter d'y remédier. Ici, le trouble érectile n'est qu'un « cache misère », il suffit de traiter d'abord l'EP pour que disparaisse la DE.

Éjaculation prématurée masquant une dysfonction érectile

Il s'agit d'une forme adaptative d'EP concernant des sujets atteints de DE per-coitale et se dépêchant d'éjaculer avant de perdre l'érection. En réalité c'est une forme acquise d'EP s'installant après une période plus ou moins longue de DE. L'EP peut disparaître en traitant en premier la DE à l'origine du trouble.

Prise en charge EP + DE

0022-5347/04/1721-0290/0

THE JOURNAL OF UROLOGY®

Copyright © 2004 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION

Vol. 172, 290–294, July 2004

Printed in U.S.A.

DOI: 10.1097/01.ju.0000132159.61156.ea

AUA GUIDELINE ON THE PHARMACOLOGIC MANAGEMENT OF PREMATURE EJACULATION

DROGO K. MONTAGUE,* JONATHAN JAROW,† GREGORY A. BRODERICK,‡
ROGER R. DMOCHOWSKI,§ JEREMY P. W. HEATON,|| TOM F. LUE,¶ AJAY NEHRA** AND
IRA D. SHARLIP†† OF THE AUA ERECTILE DYSFUNCTION GUIDELINE UPDATE PANEL

Recommendation 2: In patients with concomitant PE and ED, the ED should be treated first (based on panel consensus).

Another priority of assessment should be determining whether ED is a concurrent problem. Many patients with ED develop secondary PE, perhaps due to either the need for intense stimulation to attain and maintain an erection or due to the anxiety associated with difficulty in attaining and maintaining an erection. Premature ejaculation may improve in patients when concomitant ED is effectively treated.

Un traitement concomitant : iPDE5 et dapoxetine ?

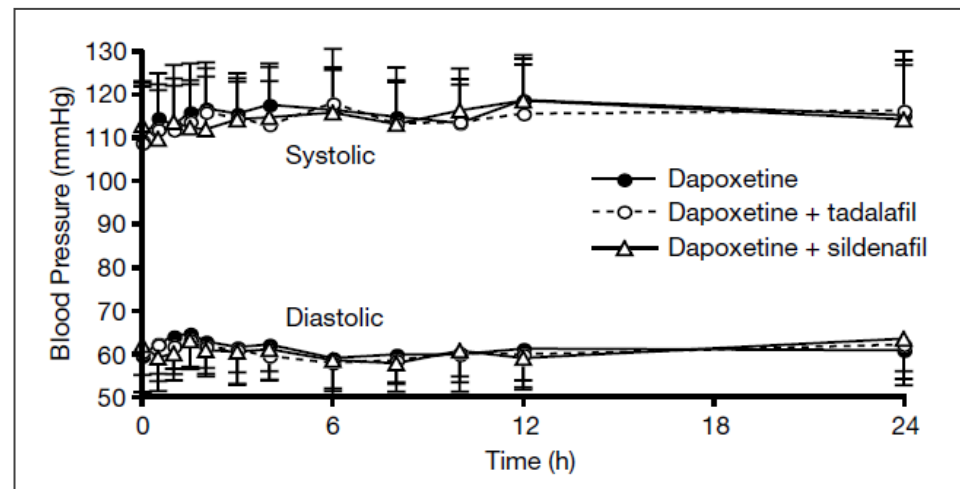
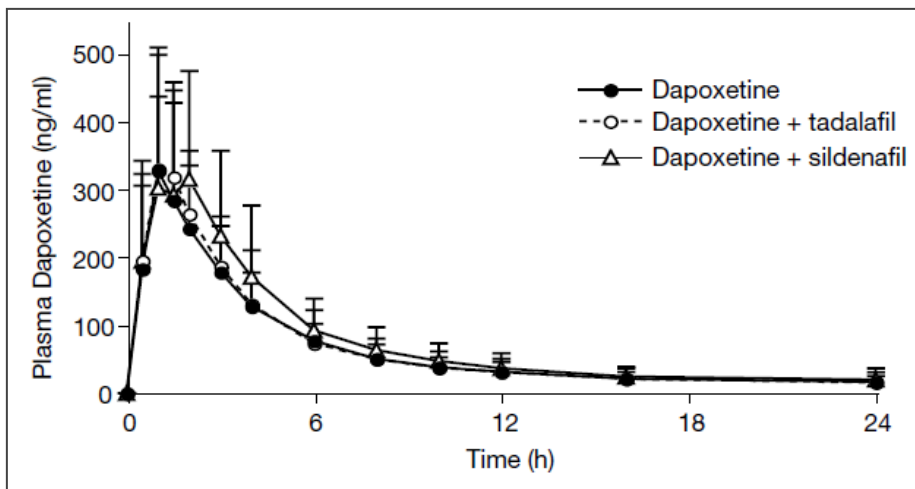
- Des interactions sur leurs pharmacocinétiques ? Un impact sur la TA des sujets témoins ?

ORIGINAL ARTICLE

Dapoxetine, a novel treatment for premature ejaculation, does not have pharmacokinetic interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors

International Journal of Impotence Research (2006) 18, 104–110

MJ Dresser¹, D Desai¹, S Gidwani¹, AD Seftel² and NB Modi¹



Efficacy and Safety of Dapoxetine in Men with Premature Ejaculation and Concomitant Erectile Dysfunction Treated with a Phosphodiesterase Type 5 Inhibitor: Randomized, Placebo-Controlled, Phase III Study

JSM 2013 Sep;10

Chris G. McMahon, MBBS, FChSHM,* Francois Giuliano, MD, PhD,[†] John Dean, MBBS, MRCP, FRCGP,[‡] Wayne J.G. Hellstrom, MD, FACS,[§] Scott Fisseha Tesfaye, PhD,[¶] Om Sharma, PhD,[¶] David A. Rivas, MD,[¶] and Joseph

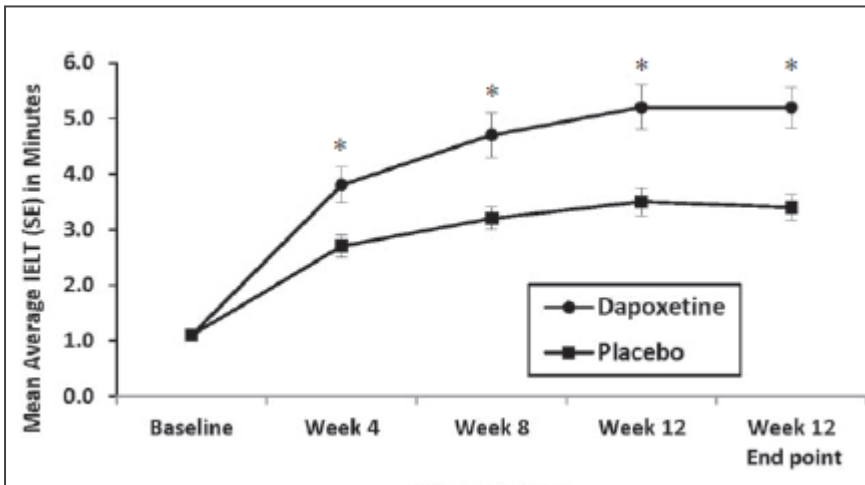
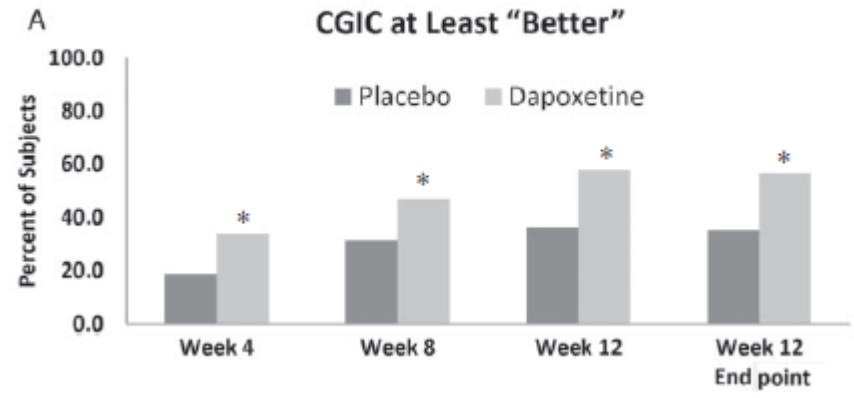
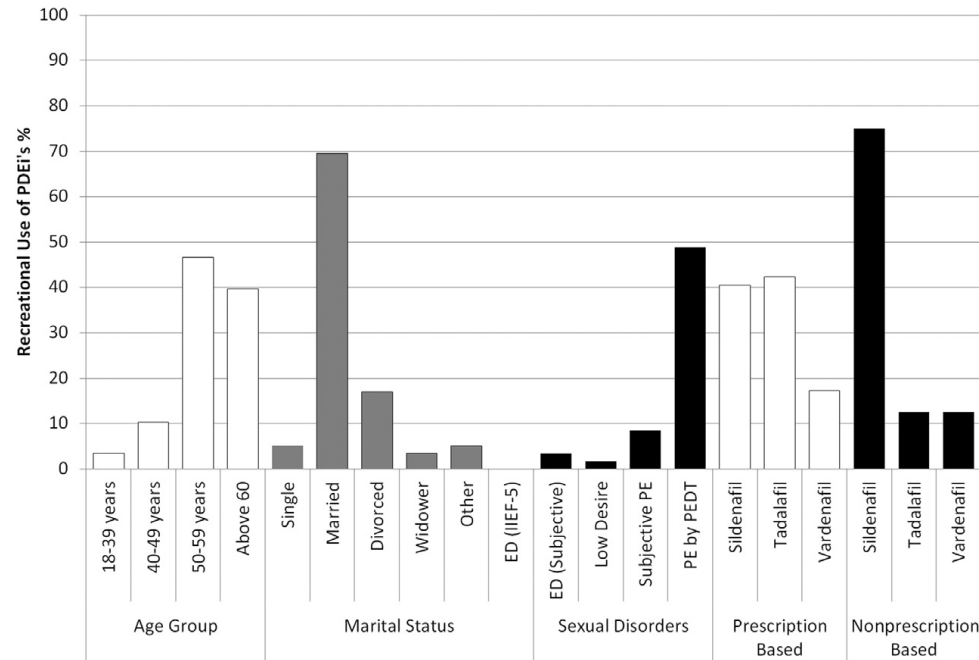


Table 3 TEAEs by preferred term occurring in $\geq 1\%$ of subjects

TEAE	Placebo (n = 245)	Dapoxetine (n = 250)	P value*
Total subjects with TEAE, n (%)	49 (20.0)	74 (29.6)	0.0135
Nausea	3 (1.2)	23 (9.2)	<0.0001
Headache	12 (4.9)	11 (4.4)	0.7924
Diarrhea	2 (0.8)	9 (3.6)	0.0357
Dizziness	2 (0.8)	6 (2.4)	0.1624
Dizziness postural	1 (0.4)	6 (2.4)	0.0606
Upper respiratory tract infection	1 (0.4)	4 (1.6)	0.1849
Vertigo	1 (0.4)	4 (1.6)	0.1849
Dyspepsia	1 (0.4)	3 (1.2)	0.3252
Hyperhidrosis	0	3 (1.2)	0.0855
Insomnia	1 (0.4)	3 (1.2)	0.3252
Nasopharyngitis	4 (1.6)	3 (1.2)	0.6836
Flushing	3 (1.2)	0	0.0793
Nasal congestion	3 (1.2)	0	0.0793

*P values not adjusted for multiplicity
TEAE = treatment-emergent adverse event

Utilisation récréationnelle (IIEF normal)



- 15,6% des hommes avec une fonction érectile normale
- 41,3% des utilisateurs d'iPDE5
- 77,8% ont une prescription et 74,2% achètent en pharmacie.
- 48,8% pour éjaculation prématurée (effet bon à excellent > 90%)

L'approche psycho-sexologique

▣ Sexothérapies comportementales

- ▣ Technique Stop and Go
- ▣ Squeeze
- ▣ Sensate Focus
- ▣ Thérapies cognitivo-comportementales
- ▣ Jeux de rôle

▣ Hypnose, relaxation, sophrologie

▣ Sexothérapies Corporelles

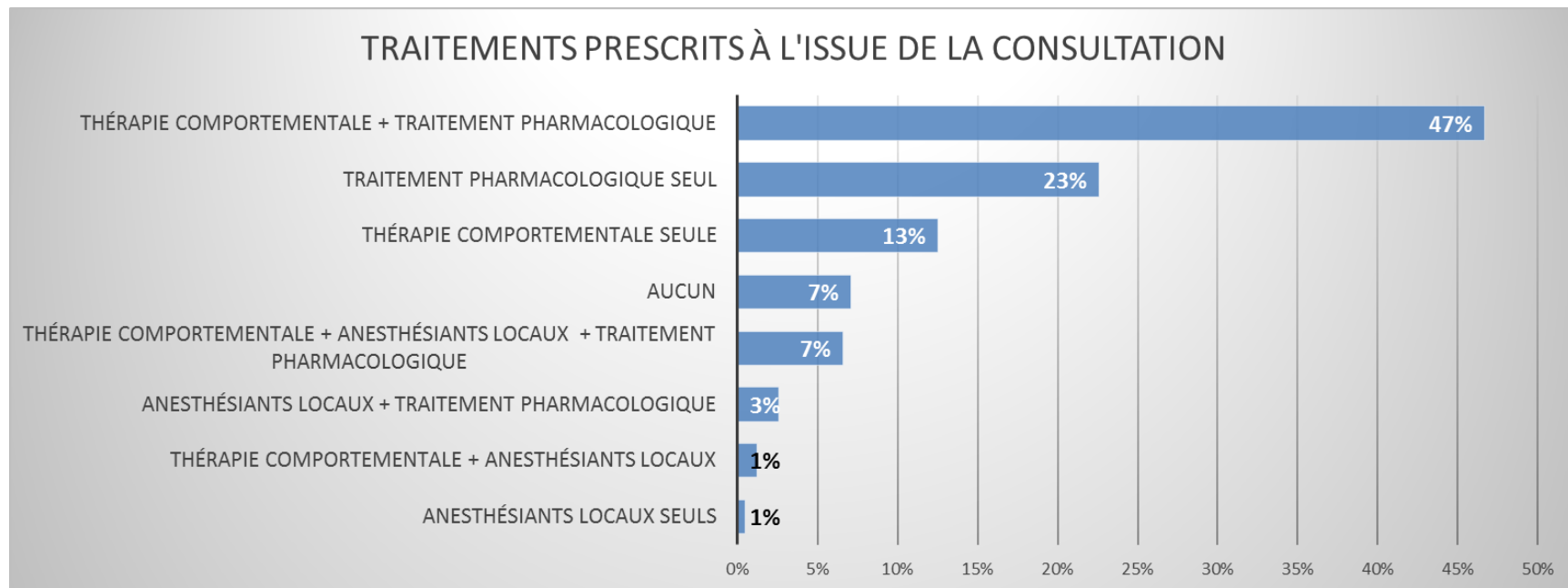
▣ Thérapie de couple:

- ▣ Développer la communication
- ▣ Gérer les émotions (négatives)

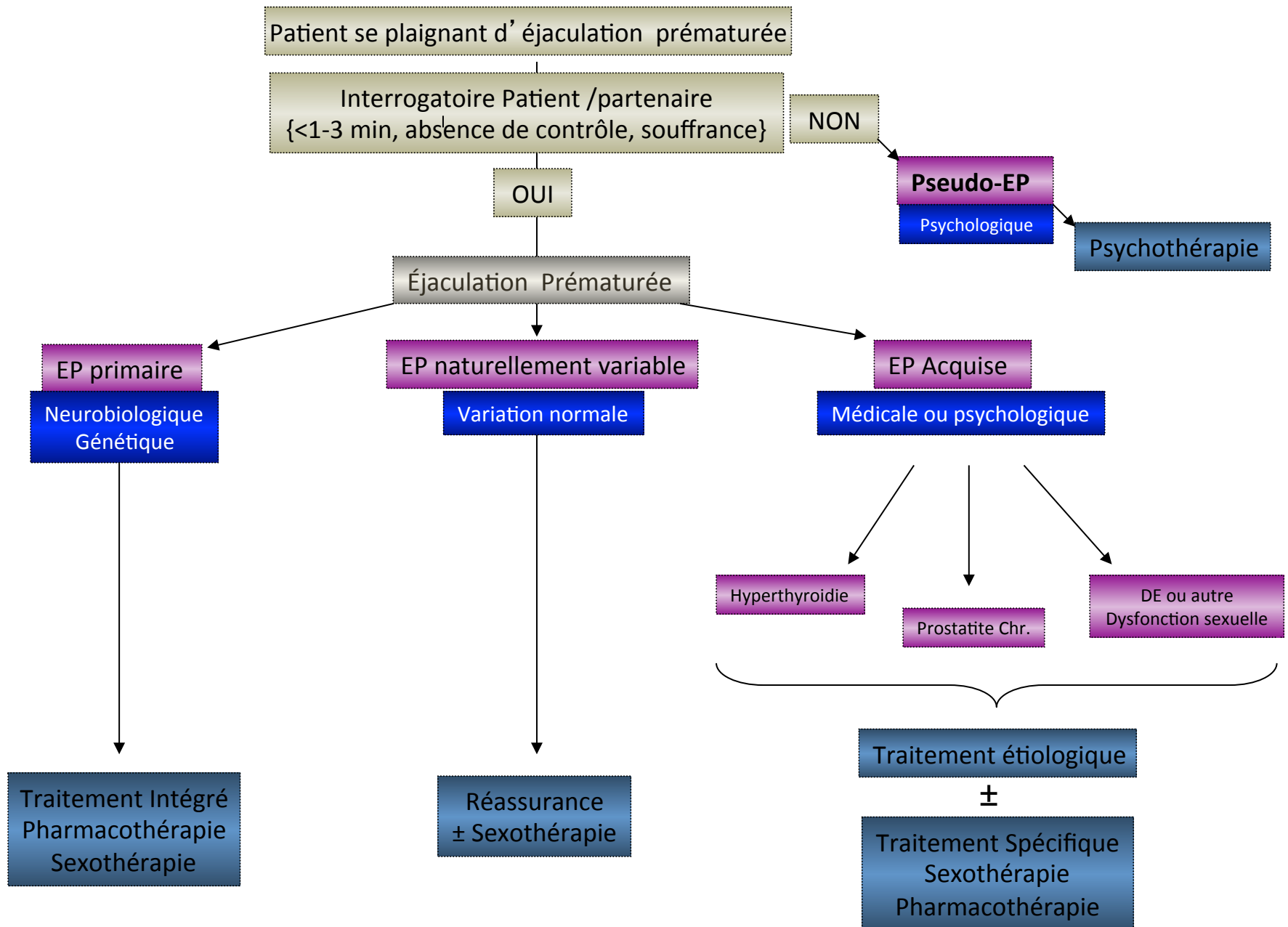
▣ Thérapie Psychodynamique

- ▣ Pb psychologiques et relationnels en amont du symptôme sexuel.

TRAITEMENTS PRESCRITS



- A l'issue de la consultation, **93%** des patients ont bénéficié d'une prise en charge de leur EP.
- Traitement pharmacologique prescrit à **79%** des patients, thérapie comportementale pour **67%** des patients.
- Au moins 1 traitement pharmacologique spécifique de l'EP + thérapie comportementale : **53%**



Conclusions

- **Trait de comportement génétiquement modulé**
 - Difficulté à consulter pour les patients,
 - Retentissement psychologique personnel important en termes d'estime de soi, de qualité de vie globale et sexuelle.
 - Impact sur le couple

- **Distinguer EP primaire et secondaire** (enquête étiologique)

- Association à d'autres dysfonctions sexuelles et conflits: couple

- **Prise en charge combinée:**
 - Pharmacothérapie: Dapoxétine, (Tramadol, Anesthésiques, IRS)
 - Sexothérapie comportementale, ± thérapie de couple