

Dysfonction érectile (DE)

Quelles évolutions ?

Recommandations

pratiques des urologues



Dysfonction érectile (DE)

Définition: Incapacité persistante (totale ou partielle) à obtenir ou à maintenir une érection suffisante pour permettre un rapport sexuel satisfaisant ou tout autre acte sexuel depuis au moins 6 mois.

La dysfonction endothéliale, caractérisée par une diminution de la biodisponibilité du monoxyde d'azote (NO), prédispose au développement de l'athérosclérose. Elle représente un mécanisme physiopathologique commun à la dysfonction érectile organique et à d'autres maladies cardiovasculaires. Le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'obésité et le tabagisme sont des facteurs de risque cardiovasculaires communs.

A la lumière de ces éléments, la DE doit être considérée comme un marqueur prédictif d'athérosclérose généralisée. Elle survient, comme un signal d'alarme, en moyenne 3 à 5 ans avant un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou une artériopathie oblitérante (fenêtre thérapeutique pour la prévention).

Examen médical par le médecin généraliste¹

Anamnèse ciblée

- ✓ Anamnèse sexuelle
Apparition, situation, libido, érections matinales
- ✓ Facteurs de risque / maladies cardiovasculaires :
Diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabac, alcool
- ✓ Affections des organes génitaux
- ✓ Endocrinopathies
- ✓ Maladies neurologiques / traumatismes
- ✓ Traitements médicamenteux en cours

Examen physique

- ✓ Etat de santé général
Y compris la pilosité (barbe, racine des cheveux)
Contrôle de la tension artérielle et du poids
- ✓ Examen de l'appareil urogénital
Parties génitales, testicules, épидидyme, prostate, glandes mammaire
- ✓ Palpation de la glande thyroïde

Examens de laboratoire

Glycémie, HbA1c, bilan lipidique, testostérone

Examens facultatifs

Enzymes hépatiques, TSH, T3/4, Prolactine, PSA chez les patients âgés de plus de 50 ans

Propriétés des inhibiteurs de la PDE5²

Principes actifs	Sildénafil (Viagra®)	Vardénafil (Levitra®, Vivanza®)	Tadalafil (Cialis®)	Tadalafil (Cialis®)
Posologie	25, 50, 100 mg	5, 10, 20 mg	10, 20 mg	2,5, 5 mg
Emploi	En cas de besoin environ 30 à 60 minutes avant un rapport sexuel	En cas de besoin environ 20 à 60 minutes avant un rapport sexuel	En cas de besoin environ 30 minutes avant un rapport sexuel	Chaque jour
Fenêtre thérapeutique	3-5 heures	4-5 heures	36 heures	Continue
Demi-vie	3,7 heures	3,9 heures	17,5 heures	17,5 heures
Interaction avec la nourriture (repas gras)	oui	oui	non	non
Programmation du rapport sexuel	oui	oui	peu	non

Sécurité d'emploi des inhibiteurs de la PDE5³

Effets indésirables des inhibiteurs de la PDE5³

Effet indésirable ≥ 1%	Sildénafil	Vardénafil	Tadalafil
céphalées	14 %	11%	14,5 %
dyspepsie	1-10%	1-10%	12,5%
bouffées vasomotrices		1-10%	
congestion nasale		1-10%	
vertiges		1-10%	
autre	anomalies du champ visuel		douleurs dorsales et myalgies

En cas de troubles de la vision / d'anomalies sévères du champ visuel, arrêter de prendre des inhibiteurs de la PDE5 et consulter un ophtalmologue.

Interactions médicamenteuses

✓ Contre-indications absolues

trinitrate de glycéryle organique, mononitrate disosorbide, dinitrate disosorbide, nitrite d'amyle ou nitrate d'amyle ("poppers" en tant que drogue récréative) ainsi que les donneurs d'oxyde nitrique (molsidomine). Durée de l'interaction dépendant du nitrate et de l'inhibiteur de la PDE5.

✓ Utilisation d'inhibiteurs de la PDE5 et d'α-bloquants

peut conduire à une hypotension orthostatique. Le patient sous traitement d'α-bloquant doit être stabilisé avant d'utiliser un inhibiteur de la PDE5.

Ajustement posologique

✓ Réduction de la dose de l'inhibiteur de la PDE5

en cas de prise concomitante d'inhibiteurs sélectifs du CYP3A4 : kétoconazole, itraconazole.

✓ Augmentation de la dose de l'inhibiteur de la PDE5

en cas de prise concomitante d'inducteurs du CYP3A4 : rifampicine, phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine (la dose maximale quotidienne ne doit pas être dépassée).

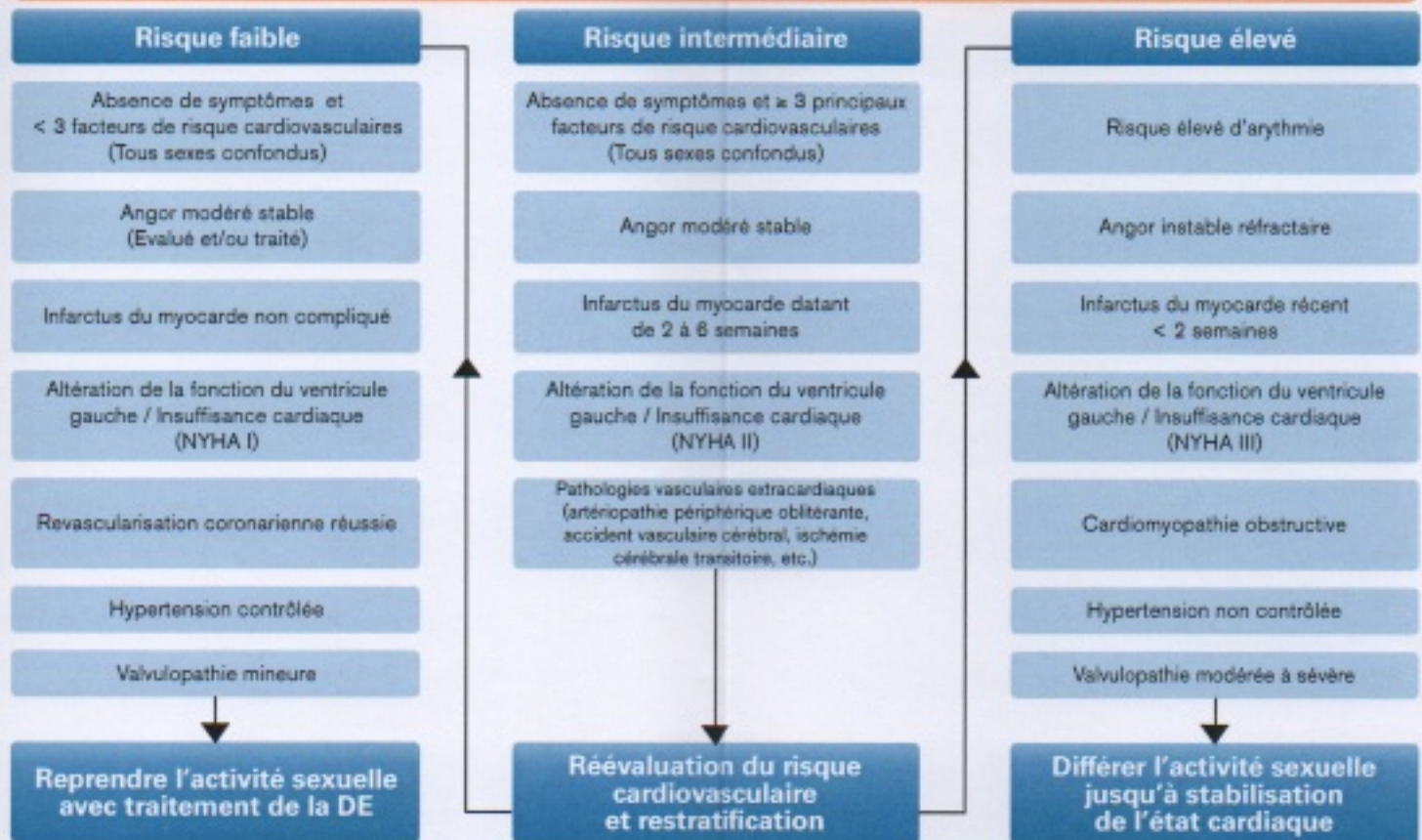
✓ Patients présentant une altération de la fonction hépatique ou rénale

Dysfonction érectile (DE) et maladies cardiovasculaires (CV) Lignes directrices et consensus basés sur les preuves (Niveau 1, grade A) ⁴

- DE organique = équivalent cardiovasculaire (dysfonction endothéliale comme mécanisme physiopathologique commun à toutes les maladies CV).
- Les hommes souffrant de DE développent des maladies CV à un stade plus précoce et d'une intensité plus importante que les hommes n'en souffrant pas.
- Délai entre l'apparition de la DE et la survenue de maladies CV :
 - Symptômes: 2 à 3 ans
 - Événements: 3 à 5 ans
 } *Window of opportunity*
- Window of opportunity*: fenêtre thérapeutique pour la prévention et réduction des facteurs de risque communs !
- La DE augmente la mortalité.
- Tous les patients souffrant de DE : évaluation médicale rigoureuse
- Traitement agressif de l'hypertension, diabète et/ou hyperlipidémie chez les hommes souffrant de DE (prise en considération des EI spécifiques à chaque médicament prescrit).
- Prise en charge des patients atteints de maladies CV avec DE par stratification du risque selon les critères définis dans le consensus de Princeton, évaluation du risque de développer d'autres événements CV. Hommes présentant une DE et un risque élevé de maladies CV : test d'effort (ECG d'effort, coronarographie).
- Traitement de la DE après stabilisation de l'état cardiovasculaire.
- Inhibiteurs de la PDE5 dans le traitement de première ligne de la DE chez les hommes atteints de maladies CV et/ou de diabète.
- Les inhibiteurs de la PDE5 n'augmentent pas le risque d'infarctus du myocarde, d'AVC ni de décès d'origine cardiovasculaire.

Stratification du risque cardiaque chez les hommes sexuellement actifs et présentant une DE (adaptée de ⁴⁵)

Evaluation clinique



Evaluation des facteurs de risque communs Traitement et suivi de tous les patients souffrant de DE

Bases du traitement de la DE:

- ✓ Dépistage actif et identification de la maladie
- ✓ Réduction ou suppression des facteurs de risque cardiovasculaires par amélioration des paramètres négatifs réversibles
Optimisation de l'hygiène de vie, alimentation équilibrée, renforcement de l'activité physique, arrêt du tabac

Algorithme des mesures de soutien¹

- ✓ Inhibiteurs de la PDE5 (voir tableau)

Il est essentiel de toujours bien expliquer les modalités d'utilisation et les effets indésirables

Nécessité d'une stimulation sexuelle, au moins 4 à 8 tentatives, augmentation de la dose en cas de réponse non suffisante

Prise en compte des besoins spécifiques : spontanéité, fréquence des rapports sexuels, dissociation de la prise de médicaments

Age des patients et facteurs de comorbidité

Profil d'effets indésirables

Envisager la thérapie sexuelle (concomitante) avec le patient

Suivi du patient et contrôle du succès thérapeutique

Non-répondeurs : répéter les consignes d'utilisation, respecter les recommandations concernant l'administration du traitement, considérer la posologie quotidienne, envisager de référer le patient vers un urologue

Un inhibiteur de la PDE5 peut généralement être prescrit à un patient se présentant pour une DE, physiquement en bonne santé (CAVE : contre-indications).

- ✓ MUSE® (125-1000 ug)
Application intra-urétrale d'alprostadil
- ✓ Caverject® (2.5-20 ug)
Injection intra-caverneuse d'alprostadil
- ✓ Pompe à vide, anneaux
- ✓ Prothèse pénienne

Experts / Auteurs

PD Dr Alexander Müller
Spécialiste FMH en urologie
Hôpital universitaire de Zurich, ZH

Dr Alain Bitton
Spécialiste FMH en urologie
Genève, GE

Dr Laurent Vaucher
Spécialiste FMH en urologie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Lausanne, VD

Dr Alexander Eijsten
Spécialiste FMH en urologie
Meilen, ZH

Dr Josef Beatrice
Spécialiste FMH en urologie
Hôpital cantonal d'Aarau, AG

Cette brochure a été élaborée par les auteurs susmentionnés, en collaboration avec Eli Lilly (Suisse) S.A. Le contenu a été rédigé de manière indépendante.

Références:

1. Hatzimouratidis K et al. Guidelines on Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. Eur Urol 2010; 57:804-814
2. Wright PJ Comparison of phosphodiesterase type 5 (PDE5) inhibitors. Int J Clin Pract. 2006 Aug;60(8):967-75.
3. www.swissmedicinfo.ch
4. Jackson G et al. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus. Int J Clin Pract 2010;64:831-2
5. Kostis JB et al. Sexual dysfunction and cardiac risk (The Second Princeton Consensus Conference) Am J Cardiol 2005; 96:313-321