



## RECOMMANDATION

# Prise en charge de la dysfonction érectile chez les patients hypertendus, le chemin clinique

### ***Groupe de travail***

*MH Colson, J Blacher; F Bonnet, JM Boivin, B Duly-Bouhanick, E Huyghe, C Mounier-Vehier, J Juis, , E Ruspini, , A Ulrich, JP Fauvel* au nom de la Société Française d' Hypertension Artérielle.

### ***Déclaration de liens d'intérêt***

*Certains signataires de ce document indiquent avoir des liens d'intérêt avec des industriels qui commercialisent des produits de santé.*

*Ils déclarent avoir réalisé chemin clinique en toute indépendance.*



# Chemin Clinique

## Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus

### MÉTHODOLOGIE

L'élaboration de ce chemin clinique s'appuie

- sur les principales publications et recommandations,
- sur les avis émis par la HAS pour ce qui concerne les médicaments, dispositifs médicaux, actes professionnels, recommandations de santé publique, complétés pour les médicaments par les AMM
- sur les avis des experts du groupe de travail réunissant l'ensemble des professionnels intervenants dans la prise en charge de la dysfonction érectile chez l'hypertendu



## le chemin clinique

- **un outil d'amélioration des pratiques professionnelles validé par l'HAS**
- **centré sur le patient et la prise en charge multidisciplinaire**
  - s'approprier les recommandations professionnelles ;
  - améliorer la délivrance et la continuité de soins de qualité aux patients ;
  - développer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge ;
  - réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge,
  - améliorer la rationalisation des soins et des ressources.
- **pour assurer la coordination des multiples acteurs engagés dans la prise en charge des patients.**
  - simplification des prises en charge pour les professionnels ;
  - amélioration de l'efficacité des soins ;
  - clarification et simplification de l'information donnée aux patients ;
  - optimisation des ressources humaines et matérielles.



## justification

### 1. actualité de la dysfonction érectile

#### ▪ Aujourd'hui en France

- 1 homme sur 3 de plus de 40 ans souffre de DE (Giuliano, 2003)

#### ▪ chez les hommes avec DE

- 18% d'entre eux souffrent aussi d'hypertension non diagnostiquée (Curkendall and Glasser, 2001)

#### ▪ Chez les hommes avec HTA et maladies cardio-vasculaires

- une plus grande prévalence de DE risque de dysfonction érectile (Lane Cordova, 2017)



## Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique

**prévalence  
de la  
dysfonction  
érectile  
dans la  
population  
des hommes  
souffrant  
d'HTA**

ETUDE	ANNEE	PAYS	QUESTIONNAIRE	n=	AGE	POPULATION	DE
<b>BURTCHARDT et al</b>	2000	USA	IIEF	104	34-75	HTA	68.3%
<b>BENER et al</b>	2005	Qatar	IIEF	425	30-75	n=296 avec HTA	66.2%
						n=298 sans HTA	23.8%
<b>MITTAWAE et al</b>	2006	Egypte	IIEF	800	28-75	HTA	43.2%
<b>DOUMAS et al</b>	2006	Grèce	IIEF	635	31-65	n=358 avec HTA	35.2%
						n=276 sans HTA	14%
<b>ARTOM et al</b>	2016	Italie	IIEF	270	40-70	HTA	50.6%

Burchardt M et al., J Urol. 2000 Oct;164(4):1188-91.  
 Bener A, et al, Medicina (Kaunas). 2007;43(11):870-8.  
 Mittawae B et al, Urology. 2006 Mar;67(3):575-8.  
 Doulmas M et al, J Androl. 2006 May-Jun;27(3):469-77.  
 Artom N et al, Clin Exp Hypertens. 2016;38(2):143-9.



## justification

### 2. un impact à ne pas négliger

- **l'apparition de la DE chez un homme avec HTA peut être un marqueur de risque cardiovasculaire** (Thompson et al 2005) (Schouten et al 2008) (Inman et al 2009, (Martins et al 2009), (Hall et al 2010).
- **impact négatif important sur**
  - l'humeur
  - l'observance thérapeutique
- **large offre thérapeutique efficace et en toute sécurité**



## le dépistage de la DE dans les recommandations internationales

- **Le consensus de Princeton III (Nehra et al, 2012) et la IV<sup>o</sup> consultation ICSM (Hackett et al, 2016) ont confirmé les points suivants :**
  - Le dépistage de la dysfonction érectile offre l'opportunité de diminuer le risque cardio-vasculaire (niveau de preuve = 1a, grade A).
  - La DE est un marqueur significatif du risque cardio-vasculaire (coronaropathie, accidents cardio-vasculaires, mortalité globale) (niveau de preuve = 1a, grade A).
  - La DE ne partage pas seulement les mêmes facteurs de risques que la maladie cardio-vasculaire, elle en est aussi un marqueur indépendant d'augmentation du risque cardio-vasculaire (niveau de preuve = 1a, grade A).



Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique

# Dysfonction érectile, et HTA

**un risque croisé,  
mais... un dépistage et une prise en charge doublement  
insuffisants**





## un dépistage toujours insuffisant

- **Difficultés du dépistage systématique de la DE**
  - En 2009, pas plus d'1 médecin sur 10 recherche une DE chez ses patients chroniques (Kirby Aust Fam Phys 11% / De Berardis, JSM 9% / Buvat J Urol 10% )
  - en 2014, 76% des MG disent ne pas oser aborder la question de la sexualité avec leurs patients chroniques, tout en sachant l'importance du problème (Ribeiro et al, 2014)
- **L'étude SCORED portant sur 1,492 patients chez lesquels un diagnostic de DE a été mis en évidence, montre que 73% d'entre eux avaient déjà signalé leur problème à un médecin sans recevoir de traitement de leur DE (Claes et al, 2008)**



## Dépistage, quand y penser ?

### ■ Du fait du dossier médical du patient

- Présence de maladies ou de traitements chroniques associés à des prévalences élevées de troubles sexuels
- Association diabète / HTA
- Traitement antidépresseur
- Affections cardiovasculaires pour lesquelles la survenue d'une DE est un marqueur de risque

### ■ Face à certains comportements

- Patient moins observant (régime alimentaire, traitements...)
- Qui demande si certains médicaments sont vraiment nécessaires, semblant avoir peur de la survenue d'effets indésirables affectant la sexualité...

### ■ Face à certaines plaintes

- D'être fatigué ou « un peu dépressif »
- De difficultés conjugales peu précises ...



## dépistage

# Quand aborder la question de la sexualité avec son patient?

- **Le bon moment**
  - aucune règle précise MAIS
- **Plutôt en milieu de consultation, lorsqu'une relation de confiance a commencé à s'établir**
- **jamais sur le pas de la porte lorsque le patient, pour masquer sa gêne, aborde lui-même la question en fin de consultation.**



## Comment ?

- **de quelle manière ?**
  - intégrer le questionnement sur la sexualité dans les autres données de l'interrogatoire médical
- **Poser une première question**
  - Question simple
  - Non intrusive
  - De manière bienveillante
- **Questions ouvertes**
  - Y a-t-il d'autres symptômes qui vous gênent ?
  - Les troubles sexuels sont fréquents dans les maladies chroniques, avez-vous besoin d'informations sur ce sujet ?
- **Si cette question ne suffit pas, poser une 2<sup>o</sup> question**
  - Question partant du dossier médical
  - Pour lui permettre de prendre le temps, de reformuler



## face au patient qui aborde le 1<sup>o</sup> la question de sa sexualité en difficulté

### ▪ il est conseillé

- d'éviter d'adopter des attitudes de fuite ou de banalisation de la difficulté.
- En cas de manque de temps, penser à prendre rendez vous pour disposer d'une consultation entière afin de faire un point concret sur la dysfonction érectile du patient.

### ▪ Hors situations particulières, il sera le plus souvent approprié

- d'adopter une **attitude empathique**, reconnaissant les émotions du patient et les acceptant, mais sachant conserver la distance nécessaire à la poursuite de l'entretien.
- D'être capable de **poser simplement et tranquillement toutes les questions** nécessaires à la bonne compréhension des problèmes en cause, en nommant clairement les faits mais en respectant la pudeur de son patient et la sienne propre,
- D'utiliser pour cela des **mots simples** en reprenant si nécessaire les propres termes du patient, si celui-ci ne comprend pas les termes médicaux,
- De confirmer au patient que le **secret médical** sera strictement respecté.



**Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique**

**et ensuite ???**



Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique

## poser le diagnostic de dysfonction érectile

- **diagnostic positif**
  - diagnostic d'interrogatoire
- **diagnostic différentiel**
  - autres dysfonctions sexuelles
- **diagnostic de gravité**
  - capacité érectile conservée ou pas
- **et surtout**
  - penser à se centrer sur des critères objectifs, qui seuls permettent d'apporter une solution en 1<sup>o</sup> ligne



Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique

## compléter le bilan

### ▪ complément d'investigation

- état du désir
- couple
- motivation
- facteurs co-morbides et traitements en cours

### ▪ examen clinique

- examen général (cardio vasculaire, neurologique simple)
- examen génital (seins, testicules)

### ▪ bilan biologique

- glycémie, HbA1c, profil lipidique
- testostérone totale et biodisponible en fonction de la clinique





## Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique

- Ce bilan est nécessaire et suffisant. Il permet de lister les différentes comorbidités (dont certaines peuvent s'avérer réversibles) et éventuellement d'en découvrir à l'état latent.
- Seul le bilan biologique est recommandé comme examen complémentaire
- Aucune autre exploration n'est recommandée en première intention dans la prise en charge initiale d'un patient présentant une dysfonction érectile (accord professionnel international fort).



**Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique**

**pour une prise en charge de première ligne**



## Comment prendre en charge ?

- **Ne pas sous estimer l'importance du simple fait d'aborder la question de la sexualité avec son patient**
  - Un acte réparateur à part entière (Inelman et al, 2012)
- **Une information circonstanciée peut suffire dans un grand nombre de cas**
  - the English Longitudinal Study of Ageing (2979 H/ 3711 F. > 50 ans, Steptoe et al, 2016)
    - 376 H/ 279 F avec maladies cardio-vasculaires
    - Difficultés sexuelles avec répercussions importantes sur la QoL, qui régressent avec une information circonstanciée



## Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique

Table 3. Overview of studies showing effects of antihypertensive agents on sexual function in men and women<sup>18</sup>

Effect on sexual function	Beneficial	Neutral	Negative
$\beta$ -blockers	Nebivolol: Dumas and Douma, 2006; Brixius et al, 2007	Medical Research Council, 1981; Wassertheil-Smoller et al, 1991; Rosen et al, 1994; Neaton et al, 1995; Grimm et al, 1997; Perez-Stable et al, 2000; Franzen et al, 2001	Bauer et al, 1978; Hogan et al, 1980; Suzuki et al, 1988; Fogari et al, 1998; Buchardt et al, 2000; Fogari et al, 2001; Llisteri et al, 2001; Fogari et al, 2002; Ko et al, 2002; Fogari et al, 2004 (?); Dumas and Douma, 2006 (?); Cordero et al, 2010; Ma et al, 2012 (?)
Diuretics		Croog et al, 1988; Prisant et al, 1999; Dumas and Douma, 2006 (?)	Bulpitt et al, 1973; Hogan et al, 1980; Medical Research Council, 1981; Curb et al, 1985; Wassertheil-Smoller et al, 1991; Chang et al, 1991; Duncan et al, 1993; Rosen et al, 1999; Grimm et al, 1997; Ogihara et al, 2000; Epstein et al, 2011
$\alpha$ -blockers	Grimm et al, 1997	Lowe et al, 1994; Fawzy et al, 1995; Lepor et al, 1997; Buchardt et al, 2000; Llisteri et al, 2001; McConnell et al, 2003; Kirby et al, 2003; De Rijke et al, 2004	
ACE inhibitors	Croog et al, 1986; DiBianco et al, 1991; Gupta et al, 1995; Mancini et al, 1996; Gupta et al, 1998	Croog et al, 1988; Suzuki et al, 1988; Fletcher et al, 1990; Steiner et al, 1990; Pelmer et al, 1992; Grimm et al, 1997; Fogari et al, 1998; Dumas and Douma, 2006 (?)	Llisteri et al, 2001
ARBs	Fogari et al, 2001; Llisteri et al, 2001; Dusing et al, 2003; Yamamoto et al, 2003; Della Chiesa et al, 2003; Fogari et al, 2004 (?); Ma et al, 2012 (?); Chen et al, 2012; Caro et al, 2005; Segal et al, 2012	Suzuki et al, 1988; Rosen et al, 1994; Fogari et al, 1998; Fogari et al, 2002; Bohm et al, 2010; Dumas and Douma, 2006 (?)	
Calcium channel blocker		Suzuki et al, 1988; Morrisette et al, 1993; Omvik et al, 1993; Kroner et al, 1993; Grimm et al, 1997; Ogihara et al, 2000; Burnier et al, 2007; Dumas and Douma, 2006 (?)	Tanner et al, 1988
Statins	Saltzman et al, 2004; Herrmann et al, 2006; Dogru et al, 2008; Gokkaya et al, 2008; Dadkhah et al, 2010	Mastalir et al, 2011; Trivedi et al, 2012	Solomon et al, 2006
Cardiac glycosides		Kley et al, 1982; Kley et al, 1984; Bellman et al, 1984	Stoffer et al, 1973; Neri et al, 1987; Gupta et al, 1995

ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker.  
Adapted from Dumas and Douma.<sup>18</sup>

**le problème de l'effet délétère de certains traitements sur l'érection (1)**



## Le problème de l'effet délétère de certains traitements sur l'érection (2)

- **vérifier la chronologie**
- **Si les troubles sexuels sont apparus après l'initiation d'un traitement anti- hypertenseur (consensus de Princeton II) :**
  - Chez le **coronarien avéré ou potentiel**, comme le diabétique, avis cardiologique
  - Chez l'**hypertendu jeune sans facteur de risque**, le bêtabloquant peut être arrêté avec les précautions habituelles pour une autre molécule (antagonistes calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 1 et 2) sans avis cardiologique préalable.
  - L'arrêt d'un diurétique et son remplacement par un anti- hypertenseur d'une autre classe pose moins de problèmes que celui des bêtabloquants et l'avis cardiologique n'est pas indispensable en cas d'hypertension non compliquée. Si la restauration de la fonction érectile est obtenue après l'arrêt du traitement incriminé, cela laisse présumer de sa responsabilité.
- **Le consensus de Princeton III a précisé certaines règles de prescription**
  - Les médicaments cardiovasculaires interférant le moins avec la fonction érectile doivent être privilégiés (antihypertenseurs, hypolipémiants). Les antihypertenseurs les plus récents (IEC, ARA2, antagonistes calciques, bêtabloqueurs vasodilatateurs) ont des effets neutres voire bénéfiques sur la fonction érectile.
  - Néanmoins les médicaments cardiovasculaires qui peuvent améliorer les symptômes cardio-vasculaires et la survie ne devraient pas être écartés en raison de leur impact potentiel sur la fonction sexuelle (niveau de preuve = 3, grade C).



## le problème de l'effet délétère de certains traitements sur l'érection (3)

- En pratique, la réalité de la responsabilité des médicaments, quelle que soit leur classe thérapeutique, est difficile à évaluer, et de plus la connaissance par le patient des effets secondaires des traitements augmente leur fréquence d'apparition (effet nocebo).
- Lorsqu'un patient est ainsi persuadé de la responsabilité d'un traitement, il sera le plus souvent possible de proposer un changement pour une autre molécule d'efficacité équivalente.
- Dans tous les cas, l'association à un traitement oral ou topique de l'érection sera indiquée pour améliorer concrètement l'érection et diminuer les perturbations émotionnelles.



## **prise en charge**, dans tous les cas :

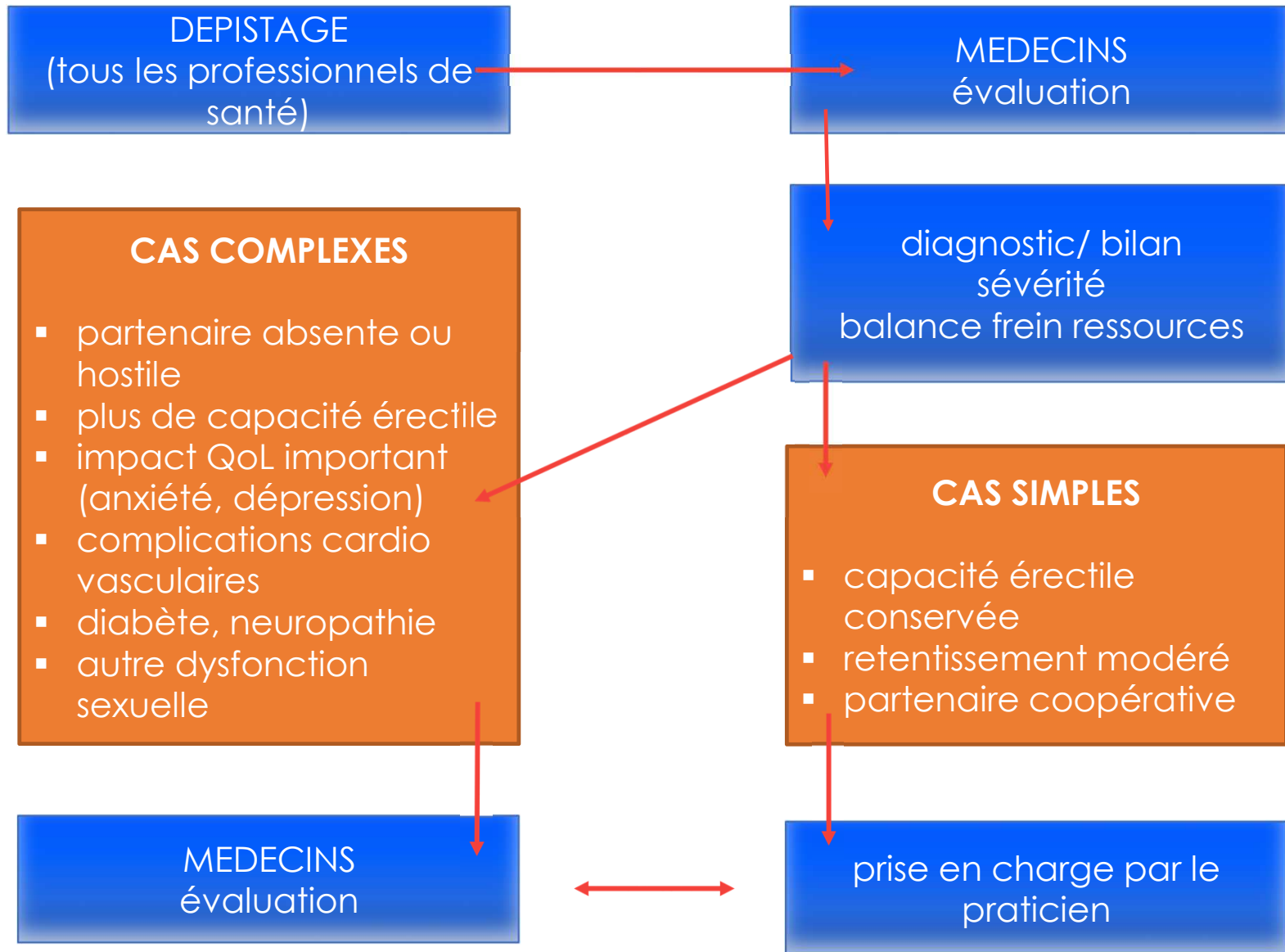
- **expliquer les répercussions réelles de la maladie sur la sexualité**
  - directes et indirectes
- **un grand nombre de difficultés sexuelles peuvent être dépassées et réglées avec de la patience et de la persévérance**
- **proposer des solutions alternatives**
  - les pratiques sexuelles peuvent évoluer pour une satisfaction conservée (Allen et al, 2008, Colson et al, 2007)
    - partager du plaisir autrement lorsque l'érection est instable peut permettre de se retrouver provisoirement
  - Importance des caresses et des jeux érotiques (Galinski et al, 2012, N= 3,005 du NLSH and aging project)



## prise en charge, dans tous les cas :

- **lutter contre les attitudes négatives**
  - comportement de bâclage, impatiences
  - repli sur soi et éloignement
  - découragement
- **Les IPDE-5**
  - sont à prescrire en 1<sup>o</sup> intention chez l'homme y compris chez l'homme âgé (Fujisawa et al, 2004)
  - En toute sécurité (Albersen et al, 2010 )
- **Associer un traitement pharmacologique de l'érection à un médicament délétère sur la fonction sexuelle peut permettre d'améliorer sa fonction sexuelle**
- **Améliorer le bien-être avec l'apport des traitements hormonaux** (Bhasin et al, 2016)
- **travailler en réseau pour les cas difficiles**







**Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique**

**merci de votre  
attention**



## Prise en charge de la dysfonction érectile chez les hypertendus, le chemin clinique

auteurs	année	type d'étude	n=	pays	âge	prévalence
<b>Wong et al</b>	2009	transversale	<b>1566</b>	Hong Kong	65-92	88%
<b>Shaeer et al</b>	2011	enquête en ligne	<b>804</b>	Moyen Orient	> 18	45%
					18-39	43.5%
					40-49	45.6%
					50-59	66.7%
<b>Tan et al</b>	2011	observationnelle	<b>1046</b>	Malaisie	40-49	2.8%
					50-59	6%
					60-69	18%
					70-79	29.5%%
<b>Weber et al</b>	2013	transversale	<b>108,477</b>	Australie	> 45	61% (17% sévère DE)
<b>Martin et al</b>	2014	observationnelle	<b>802</b>	Australie	35-88	23%

## épidémiologie récente de la DE

Wong SYS, Leung JCS, Woo J. Sexual activity, erectile dysfunction and their correlates among 1,566 older Chinese men in Southern China. *J Sex Med* 2009; 6:74.

Shaeer O, Shaeer K. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): erectile dysfunction among arabic-speaking internet users in the Middle East. *J Sex Med* 2011; 8:2152.

Tan WS, Ng CJ, Khoo EM, et al. The triad of erectile dysfunction, testosterone deficiency syndrome and metabolic syndrome: findings from a multi-ethnic Asian men study (the Subang Men's Health Study). *Aging Male* 2011; 14:231.

Weber MF, Smith DP, O'Connell DL, et al. Risk factors for erectile dysfunction in a cohort of 108,477 Australian men. *Med J Aust* 2013; 199:107.

Martin SA, Atlantis E, Lange K, et al, members of the Florey Adelaide Male Ageing Study. Predictors of sexual dysfunction incidence and remission in men. *J Sex Med* 2014; 11:1136.