

## ***LE VIAGRA, LA SEULE SOLUTION?***

En 1998 était commercialisé le Viagra pour ses propriétés particulières. Eh oui! Désormais, les hommes aux prises avec des problèmes d'érection pouvaient y trouver une solution simple et rapide. Mais, est-ce vraiment la seule solution ou la meilleure solution?

Pour bien comprendre le domaine des dysfonctions érectiles, il faut s'entendre sur ce qu'elles représentent. Une dysfonction érectile est l'incapacité d'acquérir ou de maintenir une érection suffisante pour satisfaire une performance sexuelle. On estime qu'en 1995, près de 152 millions d'hommes à travers le monde souffraient de troubles érectiles. Cela représente près de 19,6 % des hommes et ce taux tend à augmenter chez les personnes de plus de 60 ans.

### ***Qui sont les plus sujets au trouble érectile?***

L'érection est un réflexe neurovasculaire, impliquant le cerveau et le système sanguin. Il s'agit d'une réaction en chaîne qui débute lors de la perception d'un signal sexuel. Ce dernier peut être réel ou imaginaire. Le problème érectile peut donc provenir d'une cause physique soit le système hormonal, biochimique, cellulaire ou anatomique. Il est important de préciser que la perte de fonction d'un système a un effet inévitable sur les autres systèmes.

Les causes peuvent aussi se situer au niveau psychologique. Les études scientifiques démontrent que l'âge avancé et la dépression sont les deux facteurs les plus associés au problème d'érection. Les autres facteurs correspondent à la cigarette, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques rénales, la sclérose et le virus de l'immunodéficience humaine. Le rôle de la cigarette tend à doubler les taux de dysfonctions érectiles chez les malades cardiovasculaires, d'hypertension et d'artériosclérose. L'effet diminue avec la cessation de fumer. Du côté psychologique, une personne ayant des traits de soumission est prédisposée à un trouble d'érection. Il est difficile de démontrer l'effet de cause de la dépression sur les problèmes érectiles. Il se peut que la perte d'érection occasionne une dépression et l'inverse est aussi possible. Par contre, si on améliore l'état dépressif, on améliore aussi l'érection.

### ***Le choix des traitements médicaux.***

Un premier traitement proposé qui est en vente depuis 1974, est l'utilisation d'un appareil de succion externe. Il consiste en trois parties. Un cylindre de vacuum, une pompe et un anneau qui resserre. Le cylindre grâce à la pompe aspire le sang dans le pénis et l'anneau est placé à la base pour retenir le flux sanguin. Le temps requis pour obtenir une érection est de 2 à 3 minutes. L'érection peut être maintenue pendant 30 minutes. Même si l'on obtient une érection dans 90% des cas, seulement 20 à 30% seront satisfaits de leur érection. La couleur de la peau change ainsi que la température et le pénis pivote à la base. L'appareil est douloureux

pendant la succion et lors de l'application de l'anneau de rétention. Ceux qui abandonnent le traitement mentionnent les raisons suivantes : l'incapacité à éjaculer, les ecchymoses sur le pénis, l'engourdissement, le manque de spontanéité et de naturel.

En 1980, les connaissances sur la physiologie de l'érection ont amené les traitements par injection. Une substance à base de prostaglandine E1 (PGE1) est injectée dans la verge du pénis à plusieurs endroits. L'individu reçoit une formation sur l'utilisation de l'injection et procède lui-même à ces injections avant la relation sexuelle. L'érection stimulée est naturelle et s'obtient pendant 15 à 45 minutes. Le taux de succès est de 70 à 75%. Les seuls effets secondaires désagréables sont les sensations de brûlure quand on fait l'injection. Le taux d'abandon demeure élevé environ 70%. Les raisons évoquées sont : le manque de motivation, l'insatisfaction du traitement et le fait que l'érection est produite par de la drogue. Les injections ne sont pas recommandées aux personnes ayant une vision réduite.

Dans les cas d'accidents, il est possible de subir une opération de revascularisation du pénis. Les chirurgiens refont les connexions des vaisseaux et cela permet une érection. Il se peut qu'à la suite de maladie comme le Peyronie, que le pénis ne reprenne pas sa forme droite. Une chirurgie de remodelage peut être envisagée.

La chirurgie offre de plus l'implantation d'une prothèse pénienne. Les modèles les plus récents sont munis de trois composantes : les cylindres, la pompe et le réservoir. Les cylindres sont installés dans les corps caverneux du pénis. Ceux qui se gorgent de sang et qui sont situés de chaque côté de l'urètre. La pompe est logée dans le scrotum et le réservoir dans l'abdomen. Le système hydraulique pompe le fluide logé dans le réservoir et l'amène dans les deux cylindres du pénis. Ce dernier se gonfle de 12mm à 18mm et s'allonge de 1 à 3 cm. Le retour au repos est possible. Le liquide retourne dans le réservoir. Elles sont munies d'un diffuseur d'antibiotiques qui agit pendant les 3 jours suivant l'opération.

Les études sur l'efficacité des prothèse rapportent un taux de succès allant de 85 à 95%. Les complications infectieuses sont les plus communes. Les taux varient de 1 à 4% pour les premières opérations et sont 7 fois plus élevés dans les cas de révision et d'opérations subséquentes. Le traitement en cas d'infection se résume au retrait de l'implant et à la prise d'antibiotique. La prothèse est réintroduite, car le traitement n'est pas réversible. Au bris mécanique et aux infections s'ajoutent d'autres complications plus rares : telle que la douleur, des contusions, une lésion de l'urètre, de la rétention urinaire, de l'enflure, la perforation de l'albuginée, des fibres de peau et la courbature de la verge. De plus, il peut y avoir un déplacement de la prothèse, une désagrégation, ou une sortie de la prothèse par l'urètre ou le gland. On rapporte un taux de satisfaction autour de 75% à 87% dans la première année; et chez la partenaire de 70 à 76%. Certains patients se plaignent de ne pas avoir d'engorgement dans le gland; le laissant froid. Ils n'ont pas de changement au niveau de la libido et de l'orgasme. Ils n'ont pas la deuxième jeunesse tant attendue. La procédure est irréversible. La sensibilité du pénis peut être altérée occasionnellement. On déplore une insatisfaction au sujet de la

grosseur du pénis. Les attentes et les conséquences ne sont malheureusement rarement discutées avec le chirurgien au préalable; laissant l'individu avec des attentes irréalistes.

L'arrivée du Sildénafil (*Viagra produit par Pfizer*) a révolutionné les stratégies de traitement. La médecine propose dans un premier temps cette solution qui est la plus simple et moins invasive. Le comprimé Viagra agit en moyenne de 3 à 5 heures. Une étude sur les réactions au médicament nous donne un résultat de 74% de réussite dans les groupes médicamentés au Viagra comparés à 16% dans un groupe ayant eu des comprimés placebos. On rapporte des effets secondaires tels que les maux de tête (10%), les plaques de rougeur dans la figure (9%), les problèmes digestifs (6%), les infections des voies respiratoires (6%) et un trouble de la vision (2%). Les personnes ayant des maladies coronariennes sont exclues de ces traitements.

Le Tadalafil (*Cialis produit par Lilly ICOS, Indianapolis, IN*) permet une érection plus longue, et ce, pour une moyenne de 17.5heures. Une étude sur l'efficacité rapporte dans le groupe médicamenté un succès de 81% comparé à 35% pour le groupe contrôle (placebo). Les effets secondaires minimisent les troubles de la vision, mais on retrouve encore les maux de tête, les rougeurs, les problèmes gastriques et les douleurs musculaires. Les mêmes exclusions sont maintenues.

Le Vardenafil (*Levitra produit par Bayer's corp*) permet une rigidité de 25 à 60 minutes. Les effets secondaires sont les maux de tête, la dilatation des vaisseaux sanguins, l'inflammation de la muqueuse nasale et les problèmes digestifs. Les mêmes exclusions s'appliquent à ce produit.

Malgré le taux impressionnant de réussite, les hommes abandonnent le traitement dans une proportion de 31%. La majorité délaisse le traitement parce qu'ils n'ont pas d'opportunité ou de désir sexuel; ou alors, leur partenaire n'a pas de désir sexuel. Ainsi, les produits pharmacologiques agissent sur les phénomènes physiques de l'érection, mais ne viennent pas corriger les troubles du désir qui peuvent être à l'origine des troubles érectiles.

### ***Les traitements alternatifs.***

Les approches sexologiques envisagent les dysfonctions érectiles sous un aspect différent. Chez les cas où les dysfonctions ne sont pas uniquement physiques, la sexothérapie propose une compréhension globale du phénomène. Une première démarche éducative apporte au patient une meilleure connaissance du mécanisme de l'érection et des agents qui influencent celle-ci. Par la suite, un travail sur l'anxiété de performance, les croyances et les conduites inappropriées amènent l'individu à améliorer son estime de lui. Une recherche plus approfondie sur les causes personnelles permet à la personne d'envisager une sexualité plus authentique, mature. Finalement, une vision sur les relations malsaines au sein du couple peut, dans certains cas, élucider le problème érectile.

Plusieurs avenues s'offrent à la personne souffrant d'un problème érectile. Les traitements oraux qui sont les plus simples sont souvent offerts en premier. Ensuite, les appareils de succion et d'injection seront proposés. Une sexothérapie liée à ces traitements pourra améliorer grandement la satisfaction sexuelle. Une recherche des causes en thérapie peut amener l'individu à régler définitivement son problème. Pour les cas nécessitant une correction permanente, les prothèses péniennes sont une solution intéressante. Le choix des traitements repose donc sur une information claire et exhaustive. Il est possible d'avoir plus d'informations auprès du département d'urologie ou l'unité des dysfonctions sexuelles de l'hôpital St-Luc ou en consultant un sexologue membre de l'Association des Sexologues du Québec.

## RÉFÉRENCES

- [Aucun auteur mentionné] Erectile dysfunction : surgical treatment. (2003) *International journal of impotence research* Déc; 15 suppl 7 : S33-35
- Aytac IA, McKinlay JB, Krane RJ.(1999) The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int* (84) 50-56.
- Bella, AJ. Brock, GB.(2004) Intracavernous pharmacotherapy for erectile dysfunction. *Endocrine* 23. (2-3) 149-155.
- Çakan M et al. (2003) Risk factors for penile prosthetic infection. *International Urology and Nephrology* 35(2) pp. 209-213
- Çayan, S et al.(2004) The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction : does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *Journal of sex and marital therapy*. Oct-dec; 30(5) pp.331-41.
- Food and Drug Administration, HHS. (2004) Gastroenterology-urology devices; classification for external penile rigidity devices. Final rule. *Federal registration*. Déc 28; 69(248)
- Gonzalez-Cadavid NF et Rajfer, J. (2004) Therapy of Erectile dysfunction. Potential Future treatments. *Endocrine* 23(2-3) pp. 167-176.
- Heaton, JPW et Adams, MA. (2004) Causes of Erectile Dysfunction. *Endocrine*. 23(2-3) pp.119-123.
- Henry GD et al. (2005) Revision washout decreases penile prosthesis infection in revision surgery: a multicenter study. *Journal of Urology*. Jan, 173(1)pp.89-92
- Klotz, T et al. (2005) Why do patients with erectile dysfunction abandon effective therapy with sildenafil (Viagra)? *International Journal of Impotence Research* (2005) 17, 2 4.
- Korenman, SG. (2004) Epidemiology of Erectile Dysfunction. *Endocrine*. 23(2-3) pp. 87-91.
- Levine, LA. (2004) External devices for treatment of erectile dysfunction. *Endocrine*. 23 (2-3) 157-160.
- Milbank AJ et Montague DK, (2004) Surgical management of erectile dysfunction. *Endocrine*. Mar-apr; 23(2-3) pp. 161-165
- Moncada, I. et al. (2004) Current role of penile implants for erectile dysfunction. *Current opinion in Urology*. 14 pp. 375-380
- Montague DK et Lakin MM.(1994) *Penile prostheses*. Dans Bennett, Alan H. (1994) *Impotence, Diagnosis and management of erectile dysfunction*. W.B. Saunders company. Philadelphie. 320 pages.
- Mortorsi F et al. (2004) Penile implants in the era of oral drug treatment for erectile dysfunction. *BJU international*. Sep 94(5) pp. 745-751.
- Mulcaly John J. (1997) dans: Hellstrom Wayne JG (éditeur) *Male infertility and sexual dysfunction*. Springer. NY. 606 pages.
- Mulhall JP. et al (2003) Serial assessment of efficacy and satisfaction profiles following penile prosthesis surgery. *Journal of urology* Apr. 169(4) pp. 1423-1433.
- Pryor JP. *Surgical procedures to correct erectile dysfunction*. Dans Gregoire, A et Pryor JP. (1993) *Impotence : An integrated approach to clinical practice*. Churchill Livingstone. N.Y. 231pages.
- Rajpurkar A. et Dhabuwala CB (2003) Comparison of satisfaction rates and erectile function in patients treated with sildenafil, intracavernous prostaglandin E1 and penile implant surgery for erectile dysfunction in urology practice. *Journal of urology*. Jul 170(1) pp.159-163.

- Salama N. (2004) Satisfaction with the malleable penile prosthesis among couples from the Middle East—is it different from that reported elsewhere? *International journal of impotence research*. Apr 16(2) pp. 175-180
- Shabsigh, Ridwan. (2004) Therapy of ED. PDE-5 inhibitors. *Endocrine* 23(2-3) 135-141.
- Valiquette L (2003) A historical review of erectile dysfunction. *Canadian journal of urology*. Feb; 10 suppl 1: 7-11.
- Wespes, E. (1991) *Diagnostic and surgical approach to impotent patients with cavernovenous leakage*. In Jonas V. Thon WF, et Stief CG. (1991) *Erectile dysfunction*. Springer-Verlag. Berlin. 325 pages.
- Wilson, SK. (1997) Penile prosthesis implantation: Pearls, Pitfalls, and Perils. Dans: Hellstrom Wayne JG (éditeur) *Male infertility and sexual dysfunction*. Springer. NY. 606 pages.