

CONDUITE A TENIR DEVANT UN MALADE PRESUME IMPUISSANT

G.A. OUEGNIN*

RESUME

Les troubles sexuels masculins sont devenus, de nos jours, un motif fréquent de consultation, au fur et à mesure que se dissipe le tabou pesant sur la sexualité. Bien qu'il paraisse n'intéresser que le "fonctionnel" ou le "confort", les malades qui en souffrent doivent être médicalement pris en charge. Le diagnostic clinique, comme dans toute affection, repose sur un bilan clinique et paraclinique justifiant une thérapeutique qui permettra de soulager, au mieux, ces patients.

I - INTRODUCTION

Jusqu'à une époque récente, l'homme (le mâle) n'avait aucun problème au niveau de son appareil génital. Il était d'ailleurs inconvenant de parler de ce sujet tabou "en public".

Actuellement, avec l'avènement de l'Andrologie qui s'affirme comme une des disciplines de l'Urologie, on voit de plus en plus des patients venir se confier à leur médecin. Face à cette démarche pressante, la prise en charge de ces malades s'impose.

Aussi, il nous est apparu utile de rappeler les différentes étapes de cette démarche diagnostique qui repose essentiellement sur l'examen clinique et paraclinique.

II - L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique proprement dit recherche une gynécostomie et d'autres stigmates d'une affection endocrinienne évidente. Sinon il étudie l'appareil génital (verge, contenu scrotal et prostate) ; l'appareil neurologique par l'examen de la sensibilité périnéo-scrotale et des réflexes génitaux (bulbo-caverneux et anobulbaire) ; l'appareil vasculaire par la palpation des pouls des grands axes artériels (axe ilio-fémoral).

Au terme de l'examen clinique, une orientation diagnostique peut être évidente, tout au moins entrevoit-on une cause organique ou psychogène du trouble érectile.

* Chef de clinique Assistant (Service d'Urologie ABIDJAN Côte d'Ivoire) (Service d'Andro-Urologie Hôpital St Antoine (Pr. ARNIS) 184 rue du Faubourg St Antoine Paris 12ème)

III - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En fonction des données cliniques, ils se conçoivent dans une chronologie bien précise :

* les examens sanguins

le dosage de la glycémie sera fait à jeun et en situation post-prandiale à la recherche d'un diabète ;

* les dosages hormonaux

il est habituel de procéder au dosage de la testostérone, de la prolactine et de l'oestradiol. Ces dosages statiques pouvant être couplés aux dosages des gonadotrophines hypophysaires (FSH et LH) ;

* les examens permettant d'évaluer la tumescence et la rigidité de la verge

le principal test utilisé est la pléthysmographie pénienne nocturne (PPN) dont le principe repose sur l'existence physiologique des érections nocturnes involontaires qui coïncident avec les phases du sommeil paradoxal, se propose donc de les enregistrer.

Ainsi, on peut distinguer les patients dont le tracé montre la persistance d'érections nocturnes, pour lesquels l'impuissance est très probablement d'origine psychogène (leur évaluation psychologique sera faite par différents tests) et les autres dont l'origine organique est très probable.

Dans le but d'évaluer la rigidité de la verge, des rigidomètres ont été conçus et existent actuellement sur le marché. Les résultats fournis sont bien meilleurs que ceux du pléthysmographe étant donné qu'ils enregistrent non seulement la tumescence mais aussi la rigidité facteur nécessaire à l'intromission de la verge dans le vagin. Leur coût relativement élevé réserve leur utilisation aux centres très équipés.

* Le test à la papavérine

il consiste à injecter une dose prédéterminée de chlorhydrate de papavérine en intracaverneux direct. C'est VIRAG qui le premier utilisa ce test dans le diagnostic de l'impuissance sexuelle masculine. Cet examen semble-t-il permet une meilleure discrimination entre un trouble d'origine organique et un déficit fonctionnel. Le risque majeur est bien l'apparition d'une érection prolongée voire de priapisme qui, en l'absence de traitement rapide et efficace, serait

responsable d'une impuissance définitive.

IV - LES EXAMENS SPECIALISES

* Les explorations vasculaires

1 - Etudes artérielles

- le Doppler : il explore l'axe aorto-iliaque et les artères sexuelles (artères cavernueuses et dorsales de la verge) à la recherche d'une insuffisance artérielle. Cet examen, anodin, fiable, et non invasif peut être répété.

Il peut être sensibilisé par la mesure de l'index de pression pénienne et par l'injection intracaverneuse de chlorydrate de papavérine ;

- l'artériographie sélective de l'artère honteuse interne elle est indiquée en cas d'anomalie du Doppler artériel. Elle permet de visualiser au mieux les lésions artérielles et l'état du lit d'aval en vue d'une intervention de revascularisation de la verge.

2 - Etudes veineuses

- la cavernographie : elle étudie le corps cavernueux et leur drainage ;
- la cavernométrie : le plus souvent, la cavernographie est couplée à cet examen pour étudier les débits de provocation et de maintien de l'érection.

Parfois, une phlébographie de la veine dorsale de la verge peut être utile.

* Les explorations neurophysiologiques

- la cystomanométrie permet d'explorer d'une façon indirecte les métamères S2 S3 S3 ainsi que les voies nerveuses d'afférence et d'efférence responsables de l'érection ;
 - la latence du réflexe bulbocaverneux étudiée avec plus de précision l'arc réflexe sacré responsable de l'érection ;
- les potentiels somesthésiques du nerf honteux interne : leur mesure est une aide précieuse lorsqu'on soupçonne une impuissance d'origine centrale en l'absence de troubles sphinctériens et vésicaux.

TRAITEMENTS

Ils sont liés à l'étiologie :

- 1 - correction des facteurs de risques par l'instauration de

mesures hygiéno-diététiques (régime amaigrissant, arrêt du tabac et de l'alcool) ;

2 - arrêt ou substitution de prises médicamenteuses nocives ;

3 - utilisation de drogues à visée vaso-active per os (DUVADILAN et YOHIMBINE) ou en injection intracaverneuse (chlorydrate de Papavérine) ;

4 - utilisation des drogues pour augmenter la libido (CANTOR) ;

5 - traitement à visée hormonale : androgénothérapie substitutive en cas d'hypogonadisme. Bromocriptine en cas d'hyper-prolactinémie ;

6 - prise en charge d'inspiration sexologique ;

7 - traitement chirurgical :

* en cas d'insuffisance artérielle : revascularisation des corps cavernueux par anastomoses entre l'artère épigastrique et les artères sexuelles (dorsales et cavernueuses) ou entre l'artère épigastrique et la veine dorsale (artérialisation) ;

* en cas de fuite veineuse : ligature des veines responsables de la fuite sous contrôle cavernométrique et graphique ;

* les prothèses péniennes : leurs indications ne peuvent être proposées qu'aux impuissants définitifs avec impossibilité d'envisager une autre attitude thérapeutique et après une préparation psychologique non seulement du patient, mais aussi de sa partenaire.

En effet, leur pose entraîne une destruction irréversible des corps cavernueux. Quatre sortes de prothèses sont disponibles : - les rigides, - les semi-rigides, - les gonflables, - les semi-gonflables.

AU TOTAL

La prise en charge d'un patient consultant pour une impuissance érectile se déroule en trois étapes essentielles : l'examen clinique en particulier l'interrogatoire, les investigations paracliniques qui vont confirmer le trouble érectile et son étiologie, enfin le traitement qui sera guidé au mieux par les données précédentes.

Mais, malgré le progrès actuel de nos connaissances en la matière, il faut souligner le fait que pour bon nombre de patients, l'étiologie ne peut être précisée. Ceci est lié en grande partie à la nature multifactorielle de l'impuissance expliquant l'intrication quasi constante de facteurs psychologiques aux facteurs organiques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BENNET A.H. Management of male impotence. ED. Williams and Wilkins. Baltimore/London (1982) 1 vol.
- 2 - GINESTIE J.F., ROMIEU A.

- L'exploration radiologique de l'impuissance. Ed. Maloine S.A. Paris (1976)
- 3 - VIRAG R. Impuissance et Papavérine. Editions CERI Paris France (1984).