

LES PROBLEMES D'ERECTION : UNE SOUFFRANCE ENCORE TROP SOUVENT CACHEE

Jacques BUVAT, Jérôme RATAJCZYK, Antoine LEMAIRE

Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité (ADIRS)
BP 63 - 59003 LILLE Cedex Association pour l'étude de l'Appareil Reproducteur et de la Psychosomatique
(EPARP) 3, rue Carolus 59000 LILLE

RÉSUMÉ

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que les problèmes d'érection étaient fréquents, particulièrement chez les sujets âgés et chez les malades chroniques. Plusieurs d'entre elles ont aussi confirmé par une méthodologie objective l'impression clinique que ces problèmes étaient à l'origine d'une importante souffrance chez l'individu qui en est atteint ainsi que chez sa partenaire. Cette souffrance tient généralement moins à la perte du plaisir sexuel qu'aux sentiments de dévalorisation, d'humiliation, sinon de culpabilité qui résultent chez l'homme de son sentiment d'être " impuissant ", ainsi qu'à l'impact sur son couple des modifications de son caractère et de ses attitudes (repli sur soi, irritabilité, évitement de la tendresse et de l'intimité), auxquels s'ajoute souvent chez la femme une remise en cause au plan de la féminité due à sa fréquente confusion entre manque d'érection et manque de désir pour elle. L'impact des troubles de l'érection déborde donc largement la sphère sexuelle, constitue pour l'homme un véritable problème d'identité, et s'étend souvent à toute la vie relationnelle et même professionnelle (perte du dynamisme et de la confiance en soi).

Plusieurs études objectives ont ainsi confirmé une diminution significative des différentes dimensions de la qualité de vie chez les hommes affectés de problèmes d'érection, ainsi qu'une amélioration significative de la qualité de vie dans son ensemble (et pas seulement de sa dimension sexuelle), et de toute une série de paramètres psychologiques (anxiété, dépression, confiance en soi dans les relations sexuelles et de couple mais aussi dans la vie socio-professionnelle, hostilité, sensibilité interpersonnelle) et des indices généraux de santé après

traitement efficace des problèmes d'érection par injections intracaverneuses ou comprimés.

En dépit de la souffrance qu'entraînent les problèmes d'érection, et du fait que tant ceux-ci que cette souffrance peuvent aujourd'hui être traités efficacement, peu d'hommes les mentionnent à un médecin. Plusieurs enquêtes fixent leur proportion entre 5 et maximum 30% de l'ensemble de ceux qui ont des problèmes d'érection, alors qu'elles révèlent aussi qu'une proportion bien plus élevée aimerait être aidée à cet égard. Les hommes sont gênés d'aborder cette question du fait de la persistance des tabous religieux et socio-culturels, de leur honte, de leurs craintes d'être jugés, ou que leur problème soit divulgué, aussi parce que beaucoup craignent que leur demande soit rejetée par le corps médical, ou pensent qu'il n'existe pas de traitement pour ce type de problème, ou qu'il faut s'y résigner du fait qu'il s'agit d'une composante inéluctable du vieillissement masculin. Les enquêtes montrent qu'ils attendent du médecin qu'il pose lui-même la question de la sexualité, ce qui apparaît d'autant plus souhaitable que les problèmes d'érection sont très souvent la conséquence d'une dysfonction endothéliale susceptible de toucher d'autres vaisseaux comme les artères coronaires. Leur dépistage permet d'identifier et de corriger des facteurs de risque communs aux deux affections.

Mots clés : problèmes d'érection, prévalence, qualité de vie, dépistage, freins à la demande d'aide médicale.

Correspondance :

Jacques BUVAT, ADIRS, BP 63, 59003 Lille Cedex

I. INTRODUCTION

Les problèmes d'érection, ou dysfonction érectile (DE) soulèvent un intérêt croissant depuis la commercialisation du Sildénafil (Viagra®), premier médicament à la fois efficace et bien accepté en ce domaine. Des données récentes suggèrent un impact important sur la qualité de vie de l'homme et de sa partenaire, qui déborderait largement la sphère sexuelle, et pourrait justifier leur dépistage systématique. Nous ferons ici le point des données objectives dont on dispose quant à leur prévalence, leur retentissement sur la qualité de vie, les freins qui semblent persister vis à vis d'un recours médical, et l'utilité éventuelle d'un dépistage systématique.

II. PREVALENCE ET INCIDENCE DES PROBLEMES D'ERECTION

Un nombre croissant d'études épidémiologiques leur a été consacré ces dernières années. Le tableau 1 résume les résultats de l'une des plus importantes, la Massachusetts Male Aging Study (MMAS) [18] qui évalua 1290 américains de plus de 40 ans. Cinquante deux pour cent rapportaient des problèmes d'érection, leur prévalence étant très significativement corrélée à l'âge, passant de 40 % à 40 ans à 67 % à 70 ans. Ces problèmes ont été répartis en trois degrés en fonction de leur intensité : dysfonction érectile complète lorsqu'aucune pénétration n'était possible, DE modérée ou minime dans les autres cas. Autant une DE qualifiée de modérée car elle permet au moins occasionnellement la pénétration peut-être très gênante si cette pénétration n'est obtenue que de façon laborieuse, n'est maintenue qu'en limitant l'amplitude des mouvements de va et vient, et ne permet donc qu'un rapport très peu satisfaisant, sinon humiliant, autant les DE minimales, correspondant souvent à des troubles de l'érection seulement occasionnels, ne se situent qu'à la limite de la normale. La plupart des hommes en ont été victimes au cours de leur vie. Pour ces raisons, dans cet article nous ne tiendrons compte que des DE complètes et modérées que nous regrouperons sous le vocable de dysfonction érectile significative, ou problèmes d'érection significatifs. Dans la MMAS, la prévalence moyenne de ces DE significatives est de 35 % après 40 ans, passant

de 22 % à 40 ans à 49 % à 70 ans, avec une prévalence moyenne de DE complètes de 9,6 % pour l'ensemble de la population de plus de 40 ans, augmentant progressivement de 5 % à 40 ans à 15 % à 70 ans.

La MMAS a également cherché à préciser les facteurs de risques pour les problèmes d'érection. Elle a d'abord trouvé une corrélation hautement significative avec l'âge. Les autres facteurs de risques peuvent être déduits de l'augmentation des DE complètes (absence de toute pénétration) dans certaines sous-populations. Indépendamment de l'âge, de nombreuses maladies générales augmentent leur prévalence : Comparée aux 9,6 % de l'ensemble de la population, celle-ci atteint 39 % chez les sujets avec cardiopathie, augmentant encore si les cardiaques fument (56 %), et 15 % chez les hypertendus, en fait essentiellement lorsqu'ils fument (20 %), la prévalence n'étant que de 10 % chez ceux qui ne fument pas. Elle atteint aussi 28 % chez les diabétiques, 18 % chez les sujets avec ulcère gastro-duodéal non traité, et 15 % ceux avec arthrose non traitée. La prévalence de la DE est par ailleurs majeure chez les sujets déprimés, 25 à 90 % selon le degré de la dépression évaluée par tests psychométriques.

La prévalence des DE totales est également augmentée chez les hommes qui prennent des médicaments, particulièrement cardiotropes, hypotenseurs, hypoglycémifiants, les problèmes d'érection constituant probablement plus, pour ces derniers, une conséquence de la maladie traitée que du traitement lui-même, également vasodilatateurs (36 %), suggérant une forte augmentation de la prévalence en cas d'athérome. On peut en conclure qu'une proportion élevée de la clientèle de base du médecin généraliste (ses « chroniques »), ainsi que de celles du cardiologue et du diabétologue, souffrent de problèmes d'érection significatifs.

La MMAS objectiva également une corrélation inverse significative avec le taux du HDL cholestérol, soit un indice supplémentaire du rôle de la maladie vasculaire dans les problèmes d'érection, cette corrélation rappelant celle qu'on connaît avec la maladie coronarienne.

La MMAS a été récemment actualisée en réévaluant les mêmes hommes huit ans plus tard [27]. Le but était de cal-

Tableau 1 : Prévalence des dysfonctions érectiles (DE) dans la région de Boston (%) (Massachusetts Male Aging Study, 1290 hommes de 40 à 70 ans, Feldman et coll 1994) [18]

Age Année	Tous Degrés	DE complète	DE modérée	DE minime
Tous (40-70)	52	9.6	25	17
40	40	5	17	17
50	48	9	21	18
60	56	11	29	16
70	67	15	34	18

culer l'incidence annuelle de nouveaux cas de DE dans cette population. L'incidence annuelle globale est de 26 pour 1000 hommes après 40 ans. Malheureusement les données fournies ne permettent pas de distinguer les incidences respectives des DE minimales et significatives. L'incidence globale est bien sûr corrélée à l'âge (12 ‰ dans la cinquième décennie, 30 ‰ dans la sixième et 46 ‰ dans la septième). Cette incidence annuelle des nouveaux cas est également plus élevée dans différentes maladies chroniques : Ainsi 51 ‰ chez les diabétiques traités contre 25 ‰ des non diabétiques, 42 ‰ des hypertendus traités contre 26 ‰ de ceux qui ne le sont pas et 23 ‰ chez les non hypertendus, 58,3 ‰ des sujets traités pour cardiopathie contre 39 ‰ des sujets cardiaques non traités et 24 ‰ des sujets sans cardiopathie. Bien qu'on puisse supposer que les sujets traités ont une pathologie plus grave, ces données suggèrent que l'impact nocif de la maladie sur la sexualité peut réellement être aggravé par son traitement.

Plusieurs autres grandes enquêtes épidémiologiques plus récentes, effectuées dans d'autres pays, fournissent des résultats comparables (tableau 2). Dans toutes ces études la prévalence des problèmes d'érection est aussi très significativement corrélée à l'âge, et dans la plupart au diabète, aux cardiopathies, à l'hypertension artérielle, à l'hyperlipidémie, aux maladies vasculaires périphériques [34] aux problèmes prostatiques et urinaires [10, 29, 5], à l'ulcère gastro-duodéal, la dépression et la chirurgie pelvienne [10], aux maladies neurologiques et les accidents vasculaires cérébraux [34], à l'impression d'être en mauvaise santé [29, 3], à un niveau économique défavorisé, et à un niveau d'instruction faible. La National Health and Social Life Survey (NHSL) réalisée aux USA chez 1410 hommes de 18 à 59 ans [29] a également trouvé des corrélations significatives avec d'autres facteurs psycho-sociaux : célibat, séparation ou veuvage, problèmes émotionnels ou stress, diminution des revenus de plus de 20 %, fait d'avoir été forcé ou abusé sexuellement. Leur prévalence peut ainsi atteindre un niveau très élevé dans certaines populations à

risque : 50 % chez les hommes de 70 ans et plus [10, 34], 70 % chez les malades cardiovasculaires traités, parmi lesquels DE complète chez 39 % [18], 51 % chez les diabétiques de type I et 37 % chez ceux de type II [17], 63 % chez les scléreux en plaques [47]. La corrélation avec la consommation de tabac et d'alcool n'est par contre retrouvée que dans une partie des études [8]. Fumer apparaît cependant comme un cofacteur net dans la MMAS [17], faisant passer la prévalence de la dysfonction érectile complète de 8,5 % (hypertendus non-fumeurs) à 20 % en cas d'hypertension artérielle, de 21 % à 56 % en cas de cardiopathie traitée, de 9,4 % à 20 % en cas d'arthrose non traitée, et de 21 % à 52 % en cas de traitement vasodilatateur. Dans la même étude, une consommation d'alcool supérieure à 600 ml/semaine augmente également significativement la probabilité de dysfonction érectile. Dans l'enquête italienne rapportée par Parazzini [34] les fumeurs ont un *odds ratio* de 1,7 et les ex-fumeurs de 1,6 par rapport aux non-fumeurs.

En France, deux enquêtes ont eu lieu au cours des dix dernières années. En 1992, 1339 hommes âgés de 18 à 69 ans ont été interrogés téléphoniquement dans le cadre de l'étude ACSF [6]. Sept pour cent déclarèrent avoir eu souvent et 12 % parfois, une totale absence d'érection. Comme dans toutes les études précédentes ces prévalences étaient corrélées avec l'âge, avec respectivement 4 et 8 % de réponses « souvent » et « parfois » entre 20 et 24 ans, 8 et 11 % entre 35 et 44 ans, et 10 et 19 % entre 55 et 69 ans (tableau 2).

Le tableau 3 montre les résultats de l'enquête française la plus récente, effectuée par la SOFRES en 1994 sur un échantillon de 1000 hommes âgés de plus de 17 ans [22]. La prévalence globale des problèmes d'érection est comparable à celle de la MMAS et des études du tableau 2 : 51 % des hommes de 45 à 55 ans et 61 % de ceux de 55 à 65 ans. La proportion des hommes avec problèmes d'érection significatifs est un peu moindre que dans la MMAS (10 % de 45 à 55 ans, 25 % de 55 à 65 ans, et 27 %, dont 11 % d'impossibilité totale de pénétration, de 65 à 75 ans).

Tableau 2 : Prévalence des problèmes d'érection en Europe et aux USA (%) (Dysfonction érectile modérée et complète, à l'exclusion des cas "minimes")

Pays	France	Allemagne	Italie	USA
Etude	ACSF	Cologne Male Study	Parazzini	NHSL [29]
Année	Bejin 1999 [6]	Braun 2000 [10]	2000 [34]	Laumann 1999
Nb hommes	1308	4489	2010	1244
Age	18-59	30-80	18-70	18-59
Tous	19	19	13	10
18-29 ans	12	-	2	7
30-39 ans	14	2	2	9
40-49 ans	19	9,5	5	11
50-59 ans	24	16	16	16
60-69 ans	29	34	27	-
> 70 ans	-	65	48	-

Tableau 3 : Prevalence des dysfonctions erectiles en france (%) (1000 hommes > 17 ans, Enquête Sofres 1994, Giuliano et al 1996 [22])

Age (nb hommes)	Problèmes d'érection	Dont modérés	Dont complets
Tous (26 à 75) (n=778)	43,3	8,1	3,6
26 à 35 (n=235)	33	3	3
36 à 45 (n=209)	36	4	1
46 à 55 (n=116)	51	7	3
56 à 65 (n=132)	61	20	5
66 à 75 (n =86)	51	16	10

III. IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE

La première étude épidémiologique à avoir étudié les relations entre fonction sexuelle et qualité de vie fut celle de Jonler et coll [28]. Elle consista à faire remplir un auto-questionnaire à 1680 hommes à l'occasion d'une consultation pour dépistage du cancer de la prostate. L'étude retrouva comme on pouvait s'y attendre une corrélation hautement significative ($p < 0,001$) entre DE et âge, mais aussi une corrélation inverse hautement significative ($p < 0,001$) entre DE et chacun des cinq paramètres de qualité de vie étudiés, persistant après ajustement pour l'âge. Au cours de la NHSLS réalisée aux USA, Laumann et coll., [29] ont également trouvé une association significative entre problèmes d'érection et faible degré de satisfaction tiré de la vie relationnelle du couple, à la fois en ce qui concerne les satisfactions physique et émotionnelle, et le sentiment de bonheur conjugal. Il est cependant impossible de déterminer, à partir de cette association, si ce sont les problèmes d'érection qui altèrent la qualité de vie ou si, à l'inverse, c'est l'altération de la qualité de vie qui est à l'origine des problèmes d'érection. L'expérience clinique suggère que cette relation existe dans les deux sens, et peut induire un cercle vicieux.

Une étude de Fugl-Meyer [19] fournit des éléments de réponse : Elle a évalué plusieurs aspects de la satisfaction existentielle chez 413 hommes avec DE. Comme on pouvait s'y attendre, ces hommes avaient un niveau de satisfaction sexuelle très faible. Les auteurs les avaient répartis en probablement psychogènes (pas de facteur organique important identifié), principalement organiques, et mixtes. Chez les sujets probablement psychogènes, la diminution de satisfaction était plus globale, incluant une diminution de la satisfaction tirée de la vie dans son ensemble, ainsi que de celles tirées de la vie de couple, et de la vie familiale. Une analyse factorielle complémentaire démontra que la satisfaction sexuelle d'un homme est un facteur prédictif puissant de la satisfaction tirée de la vie dans son ensemble, non seulement chez les sujets avec problèmes d'érection supposés psychogènes, mais également chez ceux avec problèmes principalement organiques.

Ainsi, chez les hommes affectés de problèmes d'érection, la diminution de la satisfaction sexuelle semble à l'origine d'une diminution de la satisfaction existentielle globale. Au cours de la même étude cette causalité devait être confirmée par une amélioration très significative (quasi normalisation) de tous les paramètres de satisfaction existentielle (vie relationnelle, vie familiale, et vie dans son ensemble), après le retour d'une vie sexuelle satisfaisante sous traitement par auto-injections intra-caverneuses.

Willke et coll, [44] ont également objectivé chez les hommes avec problème d'érection une diminution significative des scores de santé générale, de santé sociale et de santé mentale mesurés par le Duke Health Inventory, ainsi que de l'estime de soi, et une augmentation significative des scores de dépression. Litwin et coll., [31] ont aussi observé une diminution significative du bien-être émotionnel au Rand 36 items Health Survey.

Ces données sont en bon accord avec le vécu des problèmes d'érection que nous décrivent les couples au cours de nos consultations quotidiennes. Chez l'homme, plus qu'une frustration sexuelle, les problèmes d'érection induisent un sentiment obsédant de dévalorisation, de honte, sinon de culpabilité vis-à-vis de la partenaire. Ils sont à l'origine d'un véritable problème d'identité masculine souvent exprimé par ces mots simples : je ne me sens plus un homme. Ceci s'accompagne fréquemment d'un repli sur soi, d'une anxiété, d'une irritabilité, et d'un évitement de la tendresse et de l'intimité, situations à « risque » de rapport sexuel, que l'homme ne se sent plus prêt à assumer. Chez sa partenaire, peu prise en compte jusqu'à présent dans ces évaluations de qualité de vie, également plus qu'une frustration sexuelle, c'est souvent une perte de la qualité de vie de couple, qui repose, pour beaucoup de femmes, sur la tendresse, l'intimité et la complicité. Chez elle aussi les problèmes d'érection conduisent souvent à un véritable problème d'identité féminine, du fait de la fréquente confusion entre absence d'érection et absence de désir pour elle. Ce alors que les problèmes d'érection surviennent souvent entre 40 et 60 ans, soit un âge où la femme s'inquiète du devenir de sa féminité et de ses capacités de séduction. Les

problèmes d'érection sont donc une épreuve très pénible aussi pour la partenaire.

Les études consacrées au vécu sexuel des sujets traités pour cancer de la prostate (ce traitement étant souvent à l'origine de problèmes d'érection) ont cependant donné des résultats moins concordants. Les patients de Sanchez-Ortiz et coll., traités par radiothérapie interstitielle, comme ceux de Drachenberg et coll., [15] traités par chirurgie radicale n'ont pas rapporté d'influence négative de leur éventuelle DE (présente chez 51 % des 114 sujets de la première étude, et 70 % de ceux de la seconde) sur la satisfaction tirée de la vie dans son ensemble. Particulièrement dans la seconde étude, 88 % des hommes avec problèmes sexuels iatrogènes jugeaient que ceux-ci avaient peu d'impact sur leur qualité de vie, et 74 % jugeaient qu'ils avaient peu d'impact sur leur relation de couple. Il est cependant possible que l'expérience du cancer ait conduit ces hommes à modifier la hiérarchie de leurs problèmes existentiels, les préoccupations quant à leur survie étant probablement passées au premier plan. De plus, la diminution de l'intérêt sexuel liée à l'association habituelle d'un traitement anti-androgène diminue certainement les préoccupations liées aux problèmes d'érection. Au contraire, les populations de patients traités par chirurgie radicale par Stanford et coll., [42] et Gralnek et coll., [23] paraissaient plus concernés par leur fonction sexuelle puisque 42 % de ceux de la première étude considéraient leur performance sexuelle comme un problème important ou modéré tandis que dans la seconde étude, par comparaison aux sujets ayant subi une chirurgie classique sans préservation nerveuse, ceux ayant bénéficié d'une méthode avec préservation nerveuse rapportaient non seulement un taux d'impuissance mais aussi un taux de préoccupations sexuelles significativement moindres. Dans la population générale française de plus de 40 ans une enquête récemment rapportée par Giuliano [21] concluait que 43,3 % des hommes affectés de DE n'en étaient pas du tout affectés, et que seuls 19,9 % s'en déclaraient très ou plutôt insatisfaits.

IV. BENEFCES PSYCHOLOGIQUES ET DE QUALITE DE VIE ASSOCIES A LA CORRECTION DES PROBLEMES D'ERECTION

Plusieurs études ont confirmé l'importance du bénéfice psychologique consécutif à la correction pharmacologique des problèmes d'érection. Cela a particulièrement été le cas avec les auto-injections intra-caverneuses en dépit du caractère plutôt déplaisant de ce traitement, qui implique de s'enfoncer une aiguille dans le pénis avant le rapport sexuel. Dès 1987, Althof et coll., [1] rapportaient les résultats d'évaluations psychologiques faites avant traitement, puis après trois mois d'auto-injections de papaverine dans un petit groupe de 29 hommes avec problèmes d'érection. Après trois mois on observait une diminution significative

des scores de dépression, d'anxiété phobique, de détresse psychologique, d'hostilité, et de sensibilité interpersonnelle par rapport aux valeurs avant traitement. L'amélioration de ces deux derniers paramètres est particulièrement importante pour la partenaire, qui fait souvent les frais de l'hostilité et de la sensibilité générées chez l'homme par ses problèmes d'érection. Cette étude montrait d'ailleurs également une amélioration significative de la vie relationnelle. Mais le bénéfice psychologique paraissait encore plus global, avec augmentation significative de la confiance en soi, incluant non seulement la confiance de l'homme en ses capacités de séduction sentimentale et sexuelle, mais aussi en ses capacités intellectuelles et professionnelles. Ces résultats confirment l'expérience clinique : le problème d'identité qui résulte des problèmes d'érection peut considérablement amoindrir l'homme dans sa vie relationnelle, sociale, et professionnelle, en induisant un manque de confiance en soi généralisé.

Les résultats de l'étude de Willke et coll., [44] sont encore plus convaincants puisque l'évaluation a cette fois porté sur un nombre d'hommes beaucoup plus important (579 américains), traités pendant 18 mois par auto-injections intracaverneuses d'Alprostadil (prostaglandine E1) et réévalués tous les 3 mois par le Duke Health Inventory. L'instauration du traitement fut suivie d'une augmentation non significative des scores de santé générale et de santé sociale. Par contre le score de santé mentale s'améliorait significativement, ceci incluant particulièrement les sous-scores d'anxiété, de dépression, et d'estime de soi. Ces résultats ont été confirmés par la série américaine plus courte de Gheorgiu et coll., [20], et par celle de Willke et coll., [45], ayant cette fois inclus 848 européens et sud-africains également traités par auto-injections intra-caverneuses d'Alprostadil et évalués par le Duke Health Inventory.

Les patients de Willke [44] furent également évalués par le Brief Symptom Inventory avant et sous traitement. De nouveau l'évolution sous traitement fut marquée par une amélioration progressive et significative de plusieurs scores psychologiques : Sévérité globale des symptômes psychologiques, dépression, anxiété, et sensibilité interpersonnelle. Furent également améliorés de façon significative les symptômes obsessionnels-compulsifs, l'hostilité, l'anxiété phobique et les idées paranoïdes. Ceci suggère que les problèmes d'érection étaient responsables d'une détérioration de ces différents paramètres psychologiques, qui a été corrigée par l'amélioration de la DE. Williams et coll., [46] qui ont comparé système MUSE et placebo chez 249 hommes avec DE à prédominance organique, ont également observé une amélioration significative du bien-être de l'homme et de la qualité de la relation avec la partenaire sous MUSE.

Tout récemment une étude de Shabsigh et coll., [40] consacrée au Sildenafil a rapporté des résultats convergents. Des

sujets consultant pour problèmes d'érection et présentant des symptômes cliniques de dépression ont été évalués par les échelles de dépression de Hamilton et de Beck avant et pendant un traitement par Sildenafil ou placebo (double insu). Les scores de dépression mesurée par ces deux échelles se sont effondrés dans le sous-groupe des sujets améliorés en ce qui concerne leurs problèmes d'érection. Il s'agissait manifestement d'une conséquence de l'amélioration sexuelle, et non d'un effet anti-dépresseur du Sildenafil, puisque la dépression diminuait aussi chez les sujets améliorés sexuellement par le placebo, tandis qu'elle ne fut pas améliorée en cas d'échec du Sildenafil sur les problèmes d'érection. Ceci confirme de nouveau que ceux-ci peuvent être à l'origine d'une réaction dépressive significative. De même dans l'étude de Hutling [26] consacrée au traitement des problèmes d'érection de paraplégiques par Sildenafil ou placebo, le traitement par Sildenafil fut à l'origine d'une amélioration significative des scores de bien-être, d'anxiété et de dépression.

De nombreuses données objectives confirment donc que les problèmes d'érection sont fréquents dans la population générale, plus particulièrement chez l'homme vieillissant et chez les malades chroniques, et qu'ils sont souvent associés à une souffrance psychologique chez l'homme et chez sa partenaire. Ces problèmes peuvent être améliorés objectivement par différents traitements, particulièrement pharmacologiques. En améliorant les problèmes d'érection, ces traitements ont clairement amélioré la souffrance psychologique et l'insatisfaction existentielle dans toutes les études qui ont évalué ces paramètres. On peut alors se demander pourquoi si peu d'hommes consultent à propos de leurs problèmes d'érection.

V. FREINS A LA CONSULTATION MEDICALE POUR PROBLEME D'ERECTION

Nombreuses sont aujourd'hui les études qui en attestent : seule une faible proportion des hommes atteints de problèmes d'érection consultent pour ce motif. Ainsi dans l'enquête SOFRES déjà citée [22], moins d'un quart de ceux qui rapportaient un problème d'érection significatif avaient consulté (21% en cas de problème d'érection modéré et 23% en cas de DE complète). La proportion était de 32 % dans l'enquête épidémiologique nord-américaine d'Ansong et coll., [2] ayant porté sur 1438 hommes parmi lesquels 665 (46 %) rapportèrent des problèmes d'érection. Dans l'enquête MORI [14], menée en 1997 et 98 sous l'égide de l'International Society for Impotence Research (ISIR) dans 10 pays du monde incluant la France, la proportion était plus importante mais n'atteignait que 51 %. Dans une enquête de Sandoica et coll., [39] menée en 1997 auprès de diabétiques espagnols, seuls 30 % de ceux qui avaient des problèmes d'érection significatifs s'en étaient plaints à leur médecin. Dans une étude américaine rapportée en 2000 par

Baldwin et coll., [4] et portant sur 500 hommes de plus de 50 ans consultant un urologue pour un motif sans rapport avec la sexualité, 218 (44%) reconnaissaient avoir des problèmes d'érection, parmi lesquels seulement 22% en avaient discuté avec leur médecin traitant. La proportion semble même encore plus faible dans certaines populations: 5% seulement des sujets avec problèmes d'érection ont consulté à ce propos dans l'étude danoise de Soldstad et Hortoff [41] consacrée à des hommes de classe moyenne âgés de plus de 50 ans, soit la même proportion que dans une étude américaine de Cogen et Steinman [13] consacrée à des sujets âgés issus d'un milieu social défavorisé (un seul sur 24, les autres hommes s'en étant tenus à éviter toute activité sexuelle).

Pourquoi si peu d'hommes consultent-ils pour leurs problèmes d'érection ? Probablement tous n'en souffrent-ils pas, ou tout au moins plus. L'expérience clinique montre que chez certains hommes, la souffrance, très vive initialement, s'atténue ou disparaît avec le temps tandis qu'ils se résignent.

On ne dispose encore que d'informations limitées sur la proportion des hommes qui souffrent réellement de leurs problèmes d'érection. Une étude hollandaise de Bosch et coll [9] a évalué 187 hommes de 50 à 75 ans. Quatorze pour cent présentaient une DE significative. La gêne qu'ils en éprouvaient était intense chez 7 %, modérée chez 31 %, et faible ou nulle chez 60 %. Dans une étude turque de Ozveren et coll., [33], 22 % des hommes avaient une DE significative, parmi lesquels seuls 44 % s'en disaient gênés de façon importante. Dans la Cologne Male Survey [10], ayant porté sur 4489 hommes de 30 à 80 ans, 19,2 % présentaient des problèmes d'érection, parmi lesquels seulement 36,7 % se jugeaient insatisfaits de leur vie sexuelle. Enfin dans l'étude américaine d'Ansong et coll., [2], 58 % des hommes avec DE considéraient qu'il s'agissait d'un problème important ou modéré. Parmi ceux qui avaient recherché un traitement, 47,5 % rapportaient que la DE était une cause de difficultés dans leur relation de couple, ce qui n'était le cas que chez 27,5 % de ceux qui n'en avaient pas recherché.

Au total, dans ces quatre études seuls 37 à 58 % des hommes affectés de problèmes d'érection s'en trouvaient vraiment gênés. Ceci reste toutefois bien plus que la proportion de ceux qui consultent.

Cette discordance s'explique probablement surtout par le fait que les hommes sont encore très gênés de parler de leurs problèmes sexuels. Certaines réponses à l'enquête ISIR-MORI déjà citée [14] en attestent. Quand on énumère aux hommes une série de problèmes touchant la santé, et qu'on leur demande de préciser ceux qu'ils aborderaient le moins probablement avec un médecin, les problèmes d'érection arrivent au premier rang. C'est particulièrement

le cas pour 42 % des Français. Pourtant quand au cours de la même enquête on pose la question « Pensez-vous que si les hommes parlaient de leurs problèmes d'érection, cela les aiderait à moins en souffrir et à trouver de l'aide pour les résoudre ? », la majorité (particulièrement 78 % des Français) répond positivement. Deux pour cent seulement répondent négativement. Enfin, à la question « Avez-vous jamais parlé à votre médecin de votre fonction sexuelle ? », seuls 13 % répondent positivement.

Dans leur étude déjà citée, Baldwin et coll., [4] ont analysé les causes de cette réticence : interrogés anonymement (questionnaire écrit) sur les raisons qui les avaient conduit à ne pas parler de leurs problèmes d'érection à l'urologue qu'ils consultaient, seuls 9 % des 218 hommes répondaient qu'ils ne savaient pas que les urologues s'occupaient de ce problème. Soixante quatorze pour cent répondaient qu'ils auraient été gênés de le faire, les autres se répartissant en 5 % qui pensaient qu'un problème d'érection ne justifiait pas un recours au corps médical, et 12 % qui pensaient qu'il s'agissait d'un phénomène naturel lié au vieillissement. Dans l'enquête d'Ansong [2], les principales raisons citées pour ne pas avoir consulté sont la gêne (30 %), l'ignorance qu'il existe des traitements efficaces (29 %), la crainte que le traitement soit dangereux ou pénible (16 %), ou l'impossibilité matérielle de se payer le traitement (25 %). Les motivations qui avaient poussé à réclamer un traitement étaient le souhait d'améliorer son estime de soi (45 %), le fait d'avoir entendu parler de la disponibilité d'un nouveau traitement (33 %), et l'insistance de leur partenaire (11 %). Ceci rejoint l'expérience clinique, qui retrouve plusieurs explications à la gêne qu'éprouvent les hommes à parler de leurs problèmes d'érection :

- Inhibitions éducatives et culturelles et tabous en résultant, encore très opérants.
- Honte qu'inspirent ces problèmes, que les hommes ressentent dévalorisants (« Je ne me sens plus un homme »), alors qu'ils vivent au contraire le médecin comme un homme surpuissant au contact duquel ils se sentent encore plus humiliés.
- Crainte que leur demande ne soit pas recevable par un homme aussi sérieux qu'un médecin, voué à combattre la maladie et la mort, et n'ayant pas de temps à consacrer au plaisir, sinon à la gaudriole.
- Egalement, pour les plus âgés, crainte de passer pour obsédé sexuel, s'il fallait considérer les problèmes d'érection comme une part du vieillissement normal.
- Sans compter que beaucoup renoncent rapidement, pensant leur problème non améliorable. Au cours de l'enquête ISIR-MORI menée en 1997 et 1998, 41 % des Français affectés de problèmes d'érection ne savaient pas qu'il existait des traitements, soulignant à quel point l'information reste insuffisante.

Ce sont donc les médecins qui doivent prendre l'initiative d'aborder d'eux-mêmes la question de la fonction sexuelle avec leurs patients. Plusieurs études récentes suggèrent qu'ils le font encore peu, en dépit de l'attente de leurs patients qui souhaitent de leur médecin traitant plus d'aide et d'informations sur ce sujet, particulièrement plus d'initiative dans ce dialogue.

Ainsi dans l'enquête ISIR-MORI [14], à la question « un médecin vous a-t-il jamais interrogé à propos de votre fonction sexuelle ? », seuls 14 % des hommes avaient répondu oui. La même année, à l'occasion d'une enquête anonyme au sein de la population générale anglaise, Dunn et coll., [16] avaient trouvé que 34 % des hommes et 41 % des femmes souffraient d'un problème sexuel. Les plus fréquents étaient chez l'homme les problèmes d'érection, et l'éjaculation prématurée, et chez la femme les problèmes de sécheresse vaginale. Cinquante deux pour cent des sujets affectés de problèmes sexuels souhaitaient être aidés médicalement à ce sujet, mais 10 % seulement l'avaient été. Vaaler et coll., [43] ont également mené en Norvège en 2000 une enquête anonyme par l'intermédiaire de questionnaires distribués par des médecins généralistes à leurs patients de plus de 40 ans. Trente trois pour cent avaient des problèmes d'érection, et la plupart auraient souhaité en discuter avec leur généraliste. Mais 6 % seulement avaient réellement reçu un traitement. Dans l'étude déjà citée de Baldwin et coll., [4], 22 % des 218 hommes qui n'avaient pas parlé spontanément de leurs problèmes d'érection à leur urologue en avaient discuté avec leur médecin traitant, mais parmi les 170 qui ne l'avaient pas fait, 82 % exprimaient qu'ils auraient aimé que celui-ci ait pris l'initiative d'en discuter avec eux à l'occasion de leurs visites. Les choses n'ont donc guère changé depuis 1990, époque à laquelle Metz et Seifert [32] avaient déjà évalué les attentes de 62 volontaires non sélectionnés de 18 à 72 ans en ce qui concerne l'aide que pourraient leur fournir les médecins vis-à-vis de leurs préoccupations sexuelles : quatre vingt dix sept pour cent avaient au moins une préoccupation concernant la sexualité, mais 33 % seulement avaient été interrogés par un médecin à propos de leur sexualité. Tandis que 85 % souhaitaient que les médecins abordent ce sujet, 25 % seulement l'auraient fait d'eux-mêmes sans y avoir été encouragés par leur médecin. Les autres expliquaient leur renoncement par leur appréhension et leur gêne.

Dans leur enquête auprès des diabétiques espagnols, Sandoica et coll., [39] avaient trouvé que 52 % avaient des problèmes d'érection, parmi lesquels seulement 30 % en avaient parlé à un médecin, et finalement 18 % recevaient un traitement. Après information systématique, 54 % de ceux qui avaient des problèmes d'érection, soit bien plus que les 30 % qui avaient consulté spontanément, se déclaraient intéressés à essayer un traitement par auto-injections intra-caverneuses. Dans cette enquête, les patients esti-

maient minime et souvent inadaptée l'information que leur avaient fournie jusque là les médecins. La plupart souhaitaient être traités à cet égard par leur médecin habituel, avant tout par leur généraliste. Ce souhait que les problèmes sexuels soient pris en charge par le médecin traitant et non par un spécialiste inconnu a été retrouvé dans plusieurs enquêtes. Le tableau 4 décrit les attitudes vis-à-vis d'une information et d'un traitement dans plusieurs autres groupes d'hommes avec problème d'érection. Dans chacune des études où cette question a été posée, une majorité des hommes (66 à 82 %) a précisé qu'ils attendaient en fait de leur médecin qu'il prenne l'initiative de discuter avec eux de leur fonction sexuelle.

VI. POUR UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES PROBLEMES D'ERECTION

Dépister un problème d'érection peut donc conduire à alléger une souffrance importante, quoique non exprimée. Ceci ne nécessite que quelques questions simples et devrait donc être considéré comme un véritable devoir médical, au sens devoir d'humanisme. Un tel dépistage pourrait également avoir un intérêt en terme de médecine préventive. Le bilan pour problème d'érection conduit souvent à son tour à dépister les facteurs de risque vasculaire qui en ont fait le lit. Leur dépistage précoce pourrait contribuer à prévenir l'aggravation de la maladie endothéliale que révèlent souvent les problèmes d'érection, évitant ainsi une aggravation des problèmes sexuels, et une extension de la pathologie vasculaire aux artères coronaires ou cérébrales.

Le bilan d'un problème d'érection permet ainsi de dépister et souligner les comportements à risque vasculaire, que sont le tabagisme, l'excès d'alcool ou une alimentation athérogène. Les problèmes d'érection peuvent être un puissant levier pour convaincre ces hommes de les corriger. Le bilan biologique peut aussi révéler des anomalies métaboliques méconnues, (6 % dans l'étude grecque de Hatzimouratidis

et coll., [25]) comme diabète (5 cas pour 129 dans l'étude de Sairam et coll., [37]) ou hyperlipidémie (plus de 60 % des cas pour Billups et coll., [7]). Les mesures préventives en résultant pourraient ralentir l'évolution d'une éventuelle coronaropathie infraclinique que plusieurs études récentes ont trouvé fréquemment associées aux problèmes d'érection (40 % des cas selon les coronarographies de Pritzker [35]), au point qu'on évoque aujourd'hui la possibilité que ces derniers en constituent un marqueur. La corrélation entre DE et maladie coronarienne a été confirmée par Greenstein et coll., [24] qui ont objectivé par la coronarographie une augmentation significative du nombre de vaisseaux coronariens occlus en cas de DE. De même, parmi une population d'hypertendus, Burchardt et coll., [11] ont trouvé une augmentation à la limite de la significativité ($p = 0,05$) de la prévalence des complications cardiovasculaires (infarctus, insuffisance cardiaque et/ou accident vasculaire cérébral) en cas de DE (83 % des cas contre 17 % en l'absence de DE).

Méconnaître un problème d'érection pourrait aussi conduire à négliger une cause cachée de non compliance à un traitement hypotenseur ou coronaro-protecteur. L'entretien avec certains patients souffrant de problèmes d'érection depuis un infarctus du myocarde révèle par exemple qu'ils ont interrompu brutalement leur traitement bêta-bloqueur parce qu'ils étaient persuadés de sa responsabilité dans leur problème sexuel. On connaît les risques d'un arrêt aussi brutal. Au cas où l'on soit informé du problème d'érection, on pourrait prévenir ce risque en argumentant l'absence d'impact sexuel du médicament utilisé, ou en y substituant un autre sans impact sexuel. De même, plus de la moitié des hypertendus traités et non équilibrés ont une mauvaise compliance à leur traitement selon le comptage de leurs comprimés ou le dosage de leur hypotenseur dans le sang [36]. Ceci pourrait s'expliquer en partie par des problèmes sexuels qu'ils attribueraient aux médicaments.

Tableau 4 : Attitudes vis à vis d'une information et d'un traitement chez des hommes avec problème d'érection

Auteur	Année	Nb hommes Pays	Prévalence pbs érection	Intéressés à en parler / être traités	En ont effectivement parlé	Souhaitent initiative du médecin
Sandoica	1997 [39]	102 Espagne	56% (diabétiques)	- (54%)	30%	-
Dunn	1998 [16]	789 Grande Bretagne	34% (DE+EP)	52%	10%	-
Zweifler	1998 [48]	82 USA	60% (diabétiques)	90% (85%)	58%	66%
Baldwin	2000 [4]	500 USA	44%	86%	22%	82%
Leriche	2001 [30]	7689 France	65% (diabète et HTA)	72% (68%)	27%	66%

Enfin, plusieurs études récentes montrent que la première consultation pour dysfonction érectile peut être l'occasion de découvrir un cancer uro-génital soit lors du toucher rectal, systématique après 50 ans, soit du fait de la constatation d'une hématurie à l'examen d'urine systématique. Dans l'étude de Carbone et coll., [12] la prévalence de ces cancers était de 15 % parmi 207 consultants, dont 8 % de cancers prostatiques. Ces chiffres élevés peuvent avoir été majorés par le recrutement urologique de cette équipe. Dans notre expérience, l'incidence des cancers prostatiques découverts à cette occasion est moindre, mais loin d'être négligeable.

A beaucoup d'égards, la consultation pour problèmes d'érection est à l'homme ce qu'est à la femme la consultation de début de ménopause : l'occasion d'un bilan général, clinique et biologique, ayant valeur de bilan de dépistage au moment de leur entrée dans l'âge mûr.

VII. CONCLUSIONS

Le médecin doit aujourd'hui évaluer périodiquement la santé sexuelle de ses patients vieillissants, ainsi que de ses chroniques, tout particulièrement vasculaires et diabétiques. C'est plus particulièrement au généraliste de le faire, car il est en première ligne à cet égard, et c'est de lui que les hommes attendent cette initiative. Ce n'est pas pour autant que les spécialistes, particulièrement diabétologues et cardiologues, doivent s'en abstenir.

Ce dépistage actif des problèmes d'érection devrait faire partie des bonnes pratiques cliniques. D'une part dans une perspective de médecine préventive, car la santé sexuelle est un marqueur de santé générale, et les problèmes d'érection un marqueur de maladie endothéliale généralisée. D'autre part parce que soulager la souffrance, quelle qu'en soit l'origine, est un devoir médical et humanitaire. Celle qui s'attache aux problèmes sexuels est souvent importante, même si elle est cachée. Aider le sujet à l'exprimer contribue déjà à le soulager.

Evaluer périodiquement la fonction sexuelle de ses patients par quelques questions simples, par exemple à l'occasion d'un bilan annuel, après les quelques questions concernant les fonctions digestives et urinaires, permettra particulièrement au patient de réaliser qu'on peut parler de ces choses là à un médecin. (Comment ça se passe en ce qui concerne les rapports sexuels ? Pas de problème d'érection, de pénétration, ni d'éjaculation ? Vous pouvez m'en parler : c'est un problème médical comme un autre). Cela l'incitera à aborder ce type de problème dès qu'il surviendrait, à un stade où la souffrance est généralement la plus importante, mais aussi où les problèmes ne se sont pas encore trop enracinés du fait des processus de conditionnement. C'est à ce stade qu'ils ont le plus de chances d'être solutionnés par des moyens simples.

1. ALTHOF S.E., TURNER L.A., LEVINE S.B., et al.: Intracavernosal injection in the treatment of impotence : A prospective study of sexual, psychological and marital functioning. J. Sex. Marital. Ther., 1987, 13 : 155-167.
2. ANSONG K.S., LEWIS C., JENKINS P., BELL J. : Help seeking decisions among men with impotence. J. Urol., 1998, 52 : 834-837.
3. ANSONG K.S., LEWIS C., JENKINS P., BELL J. : Epidemiology of erectile dysfunction : A Community-based Study in Rural New York State. Ann. Epidemiol., 2000, 10 : 293-296.
4. BALDWIN K.C., GINSBERG P.C., HARKAWAY R.C. : Underreporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. AUA 95th annual meeting, Atlanta April 29 – May 4, 2000. J. Urol., 2000, 163, suppl. 243, abstract 1080.
5. BANIEL J., ISRAILOV S., SHMUELI J., SEGENREICH E., LIVNE P.M. : Sexual function in 131 patients with benign prostatic hyperplasia before prostatectomy. Eur. Urol., 2000, 38 : 53-58.
6. BEJIN A., MOUSNIER R. : Epidémiologie de l'éjaculation prématurée et de son cumul avec la dysfonction érectile. Androl., 1999, 9 : 211-225.
8. BILLUPS K., FRIEDRICH S. : Assessment of fasting lipid panels and Doppler ultrasound testing in men presenting with erectile dysfunction and no other medical problems. Presented at 95th Annual Meeting of the American Urological Association, April 29-May 4, 2000, Atlanta, GA. J. Urol., 2000, 163, suppl 242, abstract 655.
7. BORTOLOTTI A., PARAZZINI F., COLLI E., LANDONI M.: The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. Int. J. Andrology, 1997, 20 : 323-334.
9. BOSCH R., GROENEVELD F., SOHEN A. : Erectile dysfunction in a community based sample of men aged 50-75 years : Prevalence and risk factors. AUA 94th annual meeting, Dallas, May 1-6, 1999, J. Urol., 1999, suppl 161, abstract 687.
10. BRAUN M., WASSMER G., KLOTZ T., REIFENRATH B., MATHERS M., ENGELMANN U. : Epidemiology of erectile dysfunction : Results of the "Cologne Male Survey". Int. J. Impot. Res., 2000, 12 : 305-311.
11. BURCHARDT M., BURCHARDT T., ANASTASIADS A.G., et al.: Erectile dysfunction as a marker for cardiovascular complications and psychological functioning men with hypertension. Int. J. Impot. Res., 2001, 13 : 276-281.
12. CARBONE J.D., HARRISON L.H., Mc CULLOUGH D.L. : Incidence of the previously undiagnosed urologic malignancies in a population presenting solely with the complaint of erectile dysfunction. AUA 94th annual meeting, Dallas, May 1-6 1999, J. Urol., 1999, suppl 161, abstract 695.
13. COGEN R., STEINMAN W. : Sexual function and practice in elderly men of lower socio-economic status. J. Fam. Pract., 1990, 31:162-166.
14. CORRADO M. : Men and erectile dysfunction : A survey of attitudes in 10 countries (ISIR-MORI Study), 8th world meeting on Impotence Research, Amsterdam, August 24-28, ISIR Newsbulletin, 1999, 2 : 15-22.
15. DRACHENBERG D.E., GRANTMYRE J.E. : Adjustments to sexual function after radical prostatectomy. 94th meeting of the

- American Urological Association, Dallas, May 1-6, 1999, J. Urol., 1999, suppl 161, abstract 69.
16. DUNN K.M., CROFT P.R., HACHETT G.I. : Sexual problems : A study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam. Pract.*, 1998, 15 : 519-524.
 17. FEDELE D., BERTOLLOTTI A., COSCELLI C., et al. : Erectile dysfunction in Type 1 and Type 2 diabetics in Italy. *Int. J. Epidemiol.*, 2000, 29 : 524-531.
 18. FELDMAN H.A., GOLDSTEIN I., HATZICHRITOU D.G., KRANE R.J., Mc KINLAY J.B. : Impotence and its medical and psychological correlates : Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.*, 1994, 151 : 54-61.
 19. FUGL-MEYER A.R., LODNERT G., BRÄNHOLM J.B., FUGL-MEYER K.S. : On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int. J. Impot. Res.*, 1997, 9 : 141-148.
 20. GHEORGIU S., GODSCHALK M., GENTILI A., MULLIGAN T. : Quality of life in patients using self-administered intracavernous injections of prostaglandin E1 for erectile dysfunction. *J. Urol.*, 1996, 156 : 80-81.
 21. GIULIANO F. : Prévalence de l'insuffisance érectile : enquête épidémiologique auprès de 1004 hommes âgés de 40 ans et plus. Communication au 95^{ème} Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 14-17 Novembre 2001, Résumé 064.
 22. GIULIANO F., KNELLESEN S., PATURAUD J.P., JARDIN A. : Epidemiologic study of erectile dysfunction in France. XIIth congress of the European Association of Urology, Paris, Sept. 1996, abstract 934.
 23. GRALNEK D., WESSELS H., CUI H., DALKIN B.L. : Differences in sexual function and quality of life after nerve sparing and non nerve sparing radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 2000, 163 : 1166-1170.
 24. GREENSTEIN A., CHEN J., MILLER H., MATZKIN H., VILLA Y., BRAF Z. : Does severity of ischaemic coronary disease correlate with erectile dysfunction ? *Int. J. Impot Res.*, 1997, 9 : 123-126.
 25. HATZIMOURATIDIS K., BEKA M. APOSTOLIDI A., TZORTZI V., IOANNIDIS E., HATZICHRISTOU D.G. : Is diagnostic work-up necessary in ED patients ? 3rd meeting of the European Society for Impotence Research, Barcelone, 30 January- 2 February 2000, abstract 15.
 26. HUTLING C. GIULIANO F., QUIRK F., PENA B., MISHRA A., SMITH M.D. : Quality of life in patients with spinal cord injury receiving Viagra® (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction. *Spinal Cord*, 2000, 38 : 363-370.
 27. JOHANNES C.B., ARIAUJO A.B., FELDMAN H.A., DERBY H., KLEINMAN K.P., Mc KINLAY J.B. : Incidence of Erectile Dysfunction in men 40 to 69 years old : Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.*, 2000, 163 : 460-463.
 28. JONLER M., MOON T., BRANNAN W., STONE N.N., HEISEY D., BRUSKEWITZ R.C. : The effect of age, ethnicity and geographical localisation on impotence and quality of life. *Brit. J. Urol.*, 1995, 75:651-655.
 29. LAUMAN E.O., PAIK A., ROSEN R.C. : Sexual Dysfunction in the United States : Prevalence and Predictors. *J.A.M.A.*, 1999, 281 : 537-544.
 30. LERICHE A., JAUDINOT E.O., SOLESSE D.E., GENDRE A. : Enquête sur la prévalence des troubles de l'érection et leur prise en charge chez des patients à risque suivis en consultation de médecine générale. Communication au 94^{ème} Congrès Français d'Urologie, Paris, 16 novembre 2000.
 31. LITWIN M.S., M.D., M.P.H., NIED R.J., M.D., DHANANI N., BA B.S. : Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. *J.Gen. Intern. Med.*, 1998, 13 : 159-166.
 32. METZ M.E., SEIFERT M.H. : Men's expectation of physicians in sexual health concerns. *J. Sex Marital Ther.*, 1990, 16:79-88.
 33. OZVEREN B., YÜZCEL S., OZVERI H., TARLAN T., SIMSEK F., AKADAS A. : Evolution of sexual functioning with respect to age, culture, socio-economic status and general health condition. 3rd meeting of the European Society for Impotence Research, Barcelone, 30 January – 2 February 2000, abstract 30.
 34. PARAZZINI F., MENCHINI FABRIS F., BORTOLOTTI A., et al. : On behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile - Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy – *Eur. Urol.*, 2000, 37 : 43-49.
 35. PRITZKER M.R. : The penile stress test : a window to the hearts of man ? 72nd Scientific Sessions of the American Heart Association, November 7-10, 1999, Atlanta, GA. Abstract 104561.
 36. RUDD P. : Clinicians and patients with hypertension : unsettled issues about compliance. *Am. Heart J.*, 1995, 130 : 572-579.
 37. SAIRAM K., KULINSKAYA E., BOUSTEAD G.B., HANBURY D.C., MCNICHOLAS T.A. : Prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in male erectile dysfunction. *Brit. J. Urol.*, 2001, 88 : 68-71.
 38. SANCHEZ-ORTIZ R.F., ROVNER E.S., BRODERICK G.A., WHITTINGTON G., WEIN A.J., MALKOWICZ S.B. : Erectile function and health-related finality of life after interstitial radiation therapy for prostate cancer : AUA 95th annual meeting, Atlanta, April 29 - May 4, 2000. *J. Urol.* 2000, 163, suppl : 242, abstract 1076.
 39. SANDOICA E.A., SANCHEZ M.D.S., FERNANDEZ R.B., et al.: Impotence in diabetics : its prevalence and social-health implications. *Atencion Primaria*, 1997, 20 : 435-439.
 40. SHABSIGH R., ROSEN R., MENZA M., ROOSE S., SEIDMAN S. : Effect of Viagra (Sildenafil citrate) in men with erectile dysfunction and depression. *International Consultation on Erectile Dysfunction*, Paris, 1-3 July 1999.
 41. SOLDSTAD K., HERTOFP P. : Frequency of sexual problems and sexual dysfunction in middle-aged danish men. *Arch. Sex. Behav.*, 1993, 22 : 51-58.
 42. STANFORD J.L., FENG Z., HAMILTON A.S., et al. : Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer : the prostate cancer outcomes study. *J.A.M.A.*, 2000, 283 : 354-360.
 43. VAALER S., LÖVKVIST H., SVENDSEN K.O.B., FURUSETH K. : Prevalence of erectile dysfunction in men over 40 years seeking general practitioners. 3rd meeting of the European Society for Impotence Research Barcelone, 30 January – 2 February 2000, abstract
 44. WILLKE J.R., GLICK H.A., Mc CARRON T.J., ERDER M.H., ALTHOF S.E., LINET O.I. : Quality of life effects of Alprostadil Therapy for erectile dysfunction. *J. Urol.*, 1997, 157: 2124-2128.

45. WILLKE J.R., YEN W., PARKERSON G.R., LINET O.I., ERDER M.H., GLICK H.A. : Quality of life effects of alprostadil therapy for erectile dysfunction : results of a trial in Europe and South Africa. *Int. J. Impot. Res.*, 1998, 10 : 239-246.
46. WILLIAMS G., ABOU C.C., AMAR E.T., et al. : The effect of transurethral alprostadil on the quality of life of men with erectile dysfunction and their partners : Muse Study Group. *Brit. J. Urol.*, 1998, 82 : 847-54.
47. ZORZON M., ZIVADINOV R., BOSCO A., et al. : Sexual dysfunction in multiple sclerosis : a case-control study I. Frequency and comparison of groups. *Multiple sclerosis*, 1999, 5 : 418-427.
48. ZWEIFLER J., PADILLA A., SCHAFER S. : Barrier to recognition of Erectile Dysfunction among diabetic mexican-american men – *J. Am. Board. Fam. Pract.*, 1998, 11 : 259-263.

ABSTRACT

Erectile dysfunction: an all too frequently hidden problem

Jacques BUVAT, Jérôme RATAJCZYK,
Antoine LEMAIRE

Many epidemiological studies have demonstrated the high prevalence of erectile dysfunction, particularly among aging males and patients with chronic diseases. Many of these studies, using an objective methodology, showed that this problem induces major suffering for the patient and his partner. This suffering results less from loss of sexual pleasure than from loss of self-esteem, humiliation or guilt of being "impotent", and from the consequences on the relationship of the patient's modified personality and attitudes (introversion, irritability, avoidance of tenderness and intimacy). These problems are also worsened by the female partner, who questions her own femininity, related to confusion between loss of erection and lack of desire. The impact of erectile dysfunction extends well beyond sexual function, as it constitutes a real identity problem for the man, affecting his relational and work life (loss of dynamism and self-confidence).

Many objective studies have demonstrated significant improvement of various quality of life parameters after effective treatment of erectile problems with intracavernosal injections or tablets. They also have shown significant improvement of global quality of life (and not only sexual quality of life) and many psychological parameters (anxiety, depression, self-confidence in sexual and marital relation-

ships and social and work life, hostility and interrelational sensitivity). Global health indices are also improved.

Despite the suffering due to erectile problems, and the fact these problems can be effectively treated, few men mention these problems to their general practitioner. Many surveys estimate between 5 and 30% the percentage of men with erectile dysfunction seeking medical attention, although they also reveal that a higher proportion would like to be helped. Because of religious and sociocultural taboos and their shame and fear of being judged or that their problem will be revealed, men are embarrassed to raise this question. Other causes are also involved in this phenomenon: fear that their request will be rejected by the doctor, or the belief that no treatments are available for this type of problem, or that they have to accept this problem as an inevitable part of physiological aging. Surveys confirm that patients would like their doctor to question them about their sexual functioning. This appears to be all the more desirable in that erectile problems are often due to endothelial dysfunction with may also affect other vessels such as coronary arteries. The diagnosis of these disorders could help to identify and correct the risks factors responsible for both types of this disease.

Key words: erectile dysfunction, prevalence, quality of life, screening, obstacles to seeking medical attention