

## 14<sup>e</sup> Congrès annuel de la Société Européenne de Médecine Sexuelle (ESSM) Milan, 1<sup>er</sup> au 4 décembre 2011. Avec la collaboration de la Société Francophone de Médecine Sexuelle (SFMS)

14th Annual Congress of the European Society of Sexual Medicine (ESSM), Milan, 1 to 4 December 2011. In collaboration with the Société Francophone de Médecine Sexuelle (SFMS)

J. Buvat

© SALF et Springer-Verlag France 2012

Le congrès de la Société européenne de médecine sexuelle (European Society for Sexual Medicine, ESSM) s'est tenu cette année à Milan, et a réuni 1 200 spécialistes. Sont rapportées ici les présentations orales de la session n° 1 intitulée Santé sexuelle masculine.

**Corona et al. (PS-01-001)** ont évalué la responsabilité des dysfonctions thyroïdiennes dans la dysfonction érectile (DE), ce qui n'avait, jusqu'à présent, jamais fait l'objet d'évaluations très précises. Pour ce faire, ils ont comparé les résultats des dosages de TSH et de thyroxine libre (FT4) avec ceux de l'évaluation de la fonction érectile dans deux populations différentes : celle des 3 370 hommes de 40 à 79 ans de la European Male Aging Study (EMAS), âgés en moyenne de 60 ans, et celle des 3 203 hommes hétérosexuels âgés en moyenne de 51,8 ans qui ont consulté leur service de Florence pour dysfonction sexuelle. La prévalence des hyperthyroïdies cliniques (diminution de la TSH et augmentation de FT4) était de respectivement 0,3 et 0,2 % dans les deux populations. Dans les deux populations, les taux de TSH étaient inversement corrélés avec l'existence d'une DE. La présence d'une hyperthyroïdie clinique était associée avec un risque significativement augmenté de DE sévère (risque relatif de respectivement 14 et 16 dans les deux populations,  $p < 0,05$ ) après ajustement pour les facteurs confondants. Ces associations ont été confirmées dans des corrélations ajustées en fonction des taux de testostérone (T). Par contre, il n'a pas été trouvé d'association entre hypothyroïdie et DE.

En conclusion, la fonction érectile devrait être évaluée chez les sujets qui présentent une hyperthyroïdie, mais la prévalence de l'hyperthyroïdie est trop faible pour qu'on puisse recommander des dosages systématiques des hormones thyroïdiennes chez les patients consultant pour DE.

**Saad et al. (PS-01-002)**, du laboratoire Bayer Pharma, ont rapporté les résultats à long terme du traitement par injections d'undécanoate de testostérone (UT) chez environ 400 hommes avec déficit en testostérone (DT) répartis en trois cohortes, et dont près de 90 % avaient un DT à début tardif. Les âges moyens des cohortes allaient de 40 à 62 ans, et tous les hommes avaient au départ un taux de T inférieur à 12 nmol/ml (3,46 ng/ml). Le traitement par UT a été la seule intervention thérapeutique pendant une durée totale de suivi de 48 mois. Sous traitement, les taux de T ont augmenté jusqu'à des valeurs de 15,4 à 19 nmol/l selon la cohorte. Le poids et le tour de taille ont diminué de façon progressive et soutenue pendant toute la période d'étude, de façon plus marquée pendant les 24 premiers mois. Le cholestérol, les triglycérides et le LDL cholestérol ont diminué de façon significative pendant la période étudiée. La glycémie a diminué pendant les premiers 12 à 18 mois, puis s'est stabilisée. Selon les cohortes, 35 à 50 % des hommes qui réunissaient au départ les critères du syndrome métabolique ne remplissaient plus ces critères en fin d'étude. L'amplitude des bénéfices obtenus en termes de réduction de l'obésité abdominale et d'amélioration des paramètres métaboliques a été sensiblement identique dans les cas de DT classique, du sujet jeune, qu'il ait une origine principalement testiculaire ou centrale, et dans ceux de DT à début tardif.

L'originalité de cette présentation est la durée de suivi, 48 mois, et le fait que certaines des améliorations obtenues ont semblé continuer de progresser après 24 mois, qui correspondaient jusque-là à la durée la plus longue des essais publiés de traitement par UT injectable. Il faut cependant noter que les données rapportées correspondent à des études ouvertes, sans groupe témoin.

Les Grecs **Ioakeimidis et al. (PS-01-003)** ont rapporté les résultats d'une étude longitudinale prospective chez 257 hommes hypertendus, âgés de 30 à 69 ans, en moyenne 52 ans, sans antécédent de maladie cardiovasculaire (MCV), qui ont été suivis pendant une moyenne de 43 mois.

J. Buvat (✉)  
CETPARP, 3, rue Carolus, F-59000 Lille, France  
e-mail : Jacques@buvat.org

Le risque de survenue d'un événement CV pendant cette période de suivi a été évalué en fonction des taux de testostérone (T) totale en base, répartis en trois tertiles (inférieur à 4 ng/ml [16 nmol/l], 4 à 4,9 ng/ml, et supérieur à 4,9 ng/ml), après ajustement en fonction de l'âge, des facteurs de risque classiques, de la prise d'un traitement hypotenseur, et de celle d'une statine. La présence d'un taux de T dans le tertile inférieur (inférieur à 4 ng/ml) s'est avérée associée à un risque d'accident CV près de 2,5 fois plus élevé que celui du groupe de sujets avec T dans le tertile supérieur (supérieur à 4,9 ng/ml).

Cette étude est intéressante, mais n'apporte guère de nouveauté par rapport à ce qu'on connaît déjà en ce domaine, d'autant plus que les antécédents CV n'ont pas été classés en fonction de leur caractère mortel ou non. Il a déjà été démontré qu'un taux de T faible était associé à un risque accru d'accident CV mortel, mais pas à l'incidence des maladies CV, ou des accidents CV non mortels. Il n'est pas prouvé, jusqu'à présent, qu'un faible taux de T soit un élément causal de la MCV, et il est possible que l'association d'un tel taux faible avec la mortalité CV soit liée au fait qu'une T basse est un marqueur de mauvais état de santé, sans spécificité CV. Un taux faible de T est, en effet, associé avec tous les types de mortalité et pas à la seule mortalité CV.

**Corona et al. (PS-01-005)**, du groupe de Mario Maggi, ont présenté les résultats d'une étude déjà évoquée à plusieurs reprises dans leurs articles récents, qui pourrait suggérer que chez certains hommes, la diminution de la testostérone (T) pourrait être un mécanisme adaptatif, permettant de protéger l'individu des risques cardiovasculaires (CV). Les auteurs rappellent d'abord que l'obésité est un facteur de risque CV indépendant, que le taux de T est inversement corrélé à l'index de masse corporelle (IMC) chez l'homme, et que de nombreuses données récentes suggèrent que la diminution de la T pourrait être associée à une augmentation de la mortalité CV chez l'homme (voir l'éditorial par Buvat J, *Andrologie* 2011;21:227-9). Dans cette étude, ils ont tenté d'évaluer une possible interaction entre T et obésité dans la modulation du risque d'événements CV majeurs au niveau de la population de sujets avec dysfonction érectile (DE), qu'ils étudient sous toutes les coutures depuis une dizaine d'années. Mille six cent quatre-vingt-sept hommes avec DE ont été étudiés et divisés en trois groupes selon que leur poids était normal (39,8 %), qu'ils étaient en surpoids (44,1 %, IMC : 25 à 29,9) ou obèses (16,1 %, IMC supérieur ou égal à 30). Ils ont considéré qu'il y avait déficit en testostérone (DT) lorsque la testostérone totale (TT) était inférieure à 10,4 nmol/l (3 ng/ml). Les informations recueillies à propos des événements CV majeurs (en fait léthaux) ont été obtenues à partir du registre d'état civil de la ville de Florence. Une analyse non ajustée de l'ensemble de l'échantillon montra que, tandis que l'obésité et le DT étaient chacun associés significativement avec une augmentation du

risque d'événements CV fatals, leur interaction était au contraire associée à un effet protecteur. En effet, un modèle de régression de Cox avec ajustement pour les confondeurs a montré en cas de DT une augmentation significative du risque d'événements majeurs chez les sujets de poids normal, tandis que le risque était au contraire réduit chez les patients obèses.

Ainsi, le risque CV associé au DT pourrait dépendre de certaines caractéristiques des sujets, et particulièrement de leur IMC. Ce risque ne serait évident que chez les sujets de poids normal. Les auteurs concluent que d'autres études sont nécessaires pour déterminer si le DT des patients obèses est un phénomène adaptatif bénéfique visant à épargner de l'énergie (laquelle est en partie conditionnée par le taux de T) et donc à limiter les dépenses physiques, ou s'il s'agit d'une conséquence pathologique de la même maladie. Cela pourrait aboutir à éviter de traiter par la T les sujets obèses, ce qui constituerait un traitement non adapté s'il les privait de cet hypothétique bénéfice. Cette hypothèse, calquée sur le modèle de l'aménorrhée résultant du stress ou de la dénutrition, qui permettrait d'éviter des grossesses lors de périodes peu adaptées à la survie des enfants en résultant, semble un peu tirée par les cheveux. Il serait d'abord important de confirmer les résultats de cette étude dans d'autres séries.

Les Turcs **Kadihasanoglu et al.** d'Istanbul (**PS-01-006**) ont rapporté des données suggérant que le diabète sucré pouvait être corrélé à un raccourcissement du pénis. Cette conclusion est apparue suite à la comparaison de la longueur du pénis flaccide en base et après étirement dans deux groupes de patients avec dysfonction érectile (DE), l'un diabétique ( $n = 233$ ) et l'autre non diabétique ( $n = 733$ ) de même âge moyen. Ils ont également utilisé comme témoins un groupe de sujets sans diabète ni DE, consultant pour infertilité, mais dont l'âge moyen était plus faible que ceux des deux groupes avec DE. Les valeurs moyennes étaient : à l'état basal, de 7,6 cm dans le groupe des hommes avec DE et diabète, de 8,12 cm dans celui des DE sans diabète et de 8,56 cm dans le groupe des infertiles ; et après extension, respectivement de 12,9, 13,55 et 14,3 cm. Les différences étaient significatives entre les trois groupes à l'état basal et extension. Ces données restent à confirmer. Si elles l'étaient, elles pourraient refléter une hypertonie du muscle lisse caveux ou une atrophie liée à la fibrose.

Les Grecs **Vlachopoulos et al.** (**PS-01-007**) ont présenté les résultats d'une étude visant à évaluer si la mesure par doppler de la vitesse systolique maximale (VSM) des artères péniennes améliorait la prédiction de coronaropathie sous-jacente chez les patients hypertendus présentant une dysfonction érectile (DE), par rapport aux seules évaluations de la rigidité aortique et de l'épaisseur de l'intima-média carotidienne. Les deux derniers paramètres sont en effet des marqueurs de vasculopathie subclinique chez les patients qui présentent une hypertension artérielle essentielle.

L'étude a porté sur 181 patients avec DE, présentant une hypertension mais pas d'autres symptômes de MCV. Tous ont bénéficié d'une coronarographie, d'une étude échodoppler des artères péniennes après injection de prostaglandine E1 (PGE1), d'une évaluation de l'épaisseur de l'intima-média carotidienne et d'une évaluation de la rigidité artérielle aux niveaux carotidien et fémoral. Les auteurs ont considéré que les VSM inférieures à 25 cm/s correspondaient à une insuffisance artérielle sévère.

La coronarographie a révélé une sténose significative chez 43 des patients qui avaient un test d'effort positif (23 %). Vingt-trois d'entre eux, soit 53,5 %, présentaient une insuffisance artérielle sévère au niveau du pénis, contre seulement 22 % des sujets non coronariens ( $p = 0,005$ ). Les prévalences de valeurs élevées de rigidité artérielle et d'épaisseur de l'intima-média étaient significativement plus importantes chez les patients coronariens que chez les autres. Une analyse de régression logistique conditionnelle a montré que la présence d'une insuffisance artérielle sévère n'apportait pas d'information prédictive supplémentaire par rapport à la seule évaluation de la rigidité artérielle. Par contre, elle augmentait la valeur de prédiction d'une coronaropathie permise par la seule épaisseur de l'intima-média.

En conclusion, l'évaluation de la VSM au niveau des artères péniennes augmente la valeur prédictive de la seule mesure de l'épaisseur de l'intima-média de la paroi carotidienne pour la détection d'une coronaropathie silencieuse chez les hommes hypertendus qui présentent une DE. Elle n'apporte par contre rien de plus que la mesure de la rigidité artérielle.

**Buvat et al. (PS-01-008)** ont rapporté des données sur l'efficacité et la tolérance d'une nouvelle crème d'alprostadil à usage topique utilisée chez des hommes hypertendus, ainsi que chez des diabétiques et des cardiaques, qui souffraient de dysfonction érectile (DE). Cette nouvelle modalité de traitement pharmacologique des DE a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) au Canada, et est soumise pour approbation aux États-Unis et dans plusieurs pays européens, sous le nom de Vitaros<sup>®</sup>. Le Vitaros<sup>®</sup> se présente en conditionnement unitaire contenant 0,1 ml d'une crème dosée soit à 200, soit à 300 µg d'alprostadil, associée à un nouveau facilitateur de l'absorption, le DDAIP. L'application est placée au-dessus du méat urinaire qu'une pression du gland fait bailler, et la crème est expulsée à la verticale du méat sous forme de quelques gouttes. Il n'y a donc pas à insérer le système dans le méat, et le traitement n'est pas invasif.

Deux études multicentriques, randomisées, en double insu contre placebo, ont été réalisées aux États-Unis, totalisant plus de 1 700 patients avec DE. L'étude présentée concernait tous les patients avec hypertension ( $n = 745$ ) ou diabète ( $n = 350$ ) et/ou cardiopathie ( $n = 479$ ) de cet échantillon, soit des patients habituellement plus difficiles à traiter

que la population générale des hommes avec DE. Les critères d'efficacité principaux étaient l'augmentation du score du domaine de la fonction érectile de l'IIIEF, le taux de rapports sexuels réussis, évalué par le SEP3, et, comme critère d'efficacité secondaire, le pourcentage de réponses positives à une question d'efficacité globale (ce traitement a-t-il amélioré vos érections ?).

Les deux doses d'alprostadil ont augmenté chacun des critères d'efficacité, de façon significativement plus importante que le placebo. Les augmentations moyennes du score du domaine de la fonction érectile étaient, respectivement, avec les doses de 200 et 300 µg et avec le placebo, de 2,9, 2 et -0,6 point chez les hypertendus, de 3,5, 2,1 et -1,2 chez les diabétiques, et de 1,5, 1,9 et -1,7 point chez les patients avec cardiopathie. Dans l'ensemble, 35 à 45 % des sujets recevant l'une des deux doses d'alprostadil augmentèrent leur score du domaine de la fonction érectile d'au moins quatre points, ce qui correspond au seuil habituellement considéré comme celui d'une augmentation cliniquement significative. La proportion des rapports considérés réussis selon le questionnaire SEP3 (capacité à maintenir l'érection jusqu'à l'éjaculation) était de 30 à 45 % selon la catégorie traitée, et 45 à 53 % des patients considèrent que leurs érections avaient été améliorées pour l'alprostadil. Il est à noter que ces taux de succès du traitement n'étaient pas nettement différents dans les trois catégories de patients étudiés dans l'étude présente de ceux de l'ensemble des 1 732 hommes non sélectionnés.

La tolérance a été bonne dans l'ensemble : aucun événement indésirable sérieux relié au médicament. Quasi pas d'effet indésirable systémique. Par contre, des effets indésirables locaux (érythème, brûlures du pénis, douleurs génitales) dans 15 à 25 % des cas, plus élevés avec la dose de 300 µg, qui n'ont abouti à un arrêt du traitement que chez 3 % des hommes traités par la dose de 200 µg et 6 % de ceux traités par la dose de 300 µg.

Le système Vitaros<sup>®</sup> a donc démontré une efficacité statistiquement significative dans ces sous-populations de patients avec DE habituellement considérées difficiles à traiter. Cette efficacité semble avoir concerné, dans l'ensemble, 40 à 50 % des patients. Le Vitaros<sup>®</sup> a montré un profil de tolérance excellent, en l'absence d'effet indésirable sérieux, tandis que la plupart des effets indésirables étaient localisés au site d'application, mais étaient minimes, de courte durée, et bien tolérés. Ce produit semble donc permettre de traiter des patients relativement difficiles comme les hypertendus, les diabétiques, les cardiaques. Il peut offrir une option thérapeutique de première intention pour les patients avec DE appartenant à ces catégories, comme pour tout patient avec DE.

Cette présentation a obtenu l'Award de la meilleure présentation orale. Les diapositives en seront présentées (en anglais) sur le site Internet de la SFMS ([www.sfms.fr](http://www.sfms.fr)).

**Fabre et Smith (PS-01-009)**, du laboratoire Fabre Kramer de Houston, ont présenté de nouvelles données sur l'effet stimulant sexuel de la Gépironne-ER produite par leur laboratoire. Un article consacré aux effets prosexuels de cet antidépresseur sérotoninergique, qui agit sur les récepteurs 5-HT1A, a déjà été analysé dans le bulletin n° 20 de la SFMS.

Dans l'étude présente, 420 patients avec dépression majeure (80 % avaient été hospitalisés et 12 % avaient tenté de se suicider) ont été évalués par le score de dépression d'Hamilton et par le *derogatis inventory of sexual function* (DISF) avant et après traitement par 40 à 80 mg de Gépironne-ER. Avant traitement, tous les scores du DISF, à l'exception du désir, étaient anormalement bas chez les femmes, tandis que chez les hommes seuls les scores d'orgasme et de drive étaient bas. Le traitement par la Gépironne-ER a amélioré de façon significative le score de dépression d'Hamilton dans les deux genres. Il a également amélioré de façon significative la fonction sexuelle tant chez les hommes que chez les femmes. Cependant, l'amélioration a été plus importante chez les hommes, dont tous les scores, à l'exception de celui de l'orgasme, furent normalisés par le traitement.

Les auteurs ont conclu que la dépression majeure a des effets sexuels négatifs plus marqués chez les femmes que chez les hommes, et que les femmes répondent moins aux effets prosexuels de la Gépironne-ER que ce n'est le cas des hommes.

**Rastrelli et al. (PS-01-010)**, du groupe de Mario Maggi à Florence, ont rapporté d'autres résultats provenant de leur banque de données de plus de 2 300 hommes les ayant consultés pour dysfonction sexuelle (DE). Tous ces hommes avaient bénéficié d'un écho-doppler couleur des artères péniennes après injection intracaverneuse de PGE1. Les réponses érectiles à ce test d'injection intracaverneuse avaient été classées en quatre degrés. De multiples corrélations ont abouti à la conclusion qu'une réponse médiocre aux injections intracaverneuses était corrélée à la présence d'un diabète ou d'un syndrome métabolique, à une diminution de la vitesse systolique maximale (VSM) du flux sanguin de l'artère caverneuse, évocatrice d'une origine artérielle de la DE, et surtout à une incidence plus élevée d'événements cardiovasculaires (CV) majeurs, en fait fatals.

Cela n'est pas vraiment étonnant puisque, si une mauvaise réponse à l'injection intracaverneuse ne permet pas formellement d'écarter une origine psychologique de la DE, elle reflète le plus souvent une atteinte artérielle ou une détérioration du tissu caverneux, souvent associée à un profil de « fuite veineuse », tous éléments associés à une maladie vasculaire généralisée et donc à un risque plus élevé de mortalité CV.

**Virag et al. (PS-01-011)**, dont chacun sait qu'ils ont introduit, avec la papavérine, les premières injections intracaverneuses, ont rapporté la série de patients traités

par auto-injections disposant du plus long recul, 10 à 25 ans. Ces 542 patients représentaient un quart des patients ayant débuté un traitement par auto-injections intracaverneuses dans son centre entre 1983 et 1999. N'ont été retenus que ceux pour lesquels on disposait d'un recul d'au moins dix ans. La durée moyenne de suivi était de  $14 \pm 5$  ans. Trente-cinq pour cent des dysfonctions érectiles (DE) avaient une origine organique et 28 % une origine psychologique. À la fin de la période de suivi, deux tiers étaient encore sous injections. Parmi les raisons d'arrêt du traitement, on retrouve l'amélioration (13 %, les intracaverneuses n'étant plus nécessaires), le passage au traitement oral (27,5 %) et la perte d'efficacité (23 %). Parmi les 163 patients qui essayèrent les IPDE5, seuls 40 % décidèrent de les utiliser comme seul traitement. Les complications ont affecté moins de 10 % des cas : maladie de La Peyronie et nodules fibreux (2,8 % chacun), priapisme (1 %). Ce faible taux de priapisme chez les patients qui ont utilisé de façon prédominante la papavérine seule ou associée à différentes autres substances, dont la phentolamine, s'explique par le fait que R. Virag prescrit à tous ses patients des ampoules d'étiléfrine qu'ils ont mission de s'auto-injecter si la durée de l'érection dépasse un certain temps.

En conclusion, 75 % des patients continuent d'utiliser les injections après 10 à 27 ans. La moitié d'entre eux ont été amenés à modifier le ou les produits injectés pour améliorer l'efficacité. Seuls 13 % des cas ont été définitivement guéris.

**Debruyne et al. (PS-01-012)** ont rapporté une analyse rétrospective des essais cliniques pivots et ayant précédé la commercialisation du vardénafil (Levitra®) classique et celle du vardénafil orodispersible (ODT), analyse destinée à comparer les délais d'action des deux formulations. La conclusion a été que ces délais sont comparables. Ils sont de l'ordre, pour le vardénafil orodispersible, de 62,5 % d'efficacité (capacité à avoir un rapport comprenant une érection maintenue jusqu'à l'éjaculation) au cours des 15 minutes suivant la prise, et de 70 % de la 15<sup>e</sup> à la 30<sup>e</sup> minute, contre respectivement 38 et 51 % sous placebo. Les proportions sont très semblables après vardénafil classique, et la forme orodispersible ne paraît donc ni plus rapide dans ses effets ni plus efficace.

**Engel (PS-01-015)**, de Washington, a rapporté une intéressante étude pilote qui a consisté à comparer, de façon randomisée, les efficacités respectives de la prise de tadalafil (Cialis®) seul, 20 mg trois fois par semaine, et du même schéma de tadalafil associé à l'utilisation d'un *vacuum erection device* (VED) dix minutes par jour, au moins cinq jours par semaine, sans utilisation de l'anneau de contention, pour réhabilitation des corps caverneux après prostatectomie robotisée avec préservation des nerfs caverneux. Le traitement débutait un mois après l'intervention, avec des consultations de contrôle après un mois, puis tous les trois mois.



Les patients devant essayer d'avoir un rapport au moins deux fois avant chaque consultation de contrôle.

Treize hommes ont été randomisés dans le groupe traitement combiné, et ont poursuivi ce traitement jusqu'au terme. Dix ont reçu le seul tadalafil, dont trois l'ont interrompu en cours de route. La fonction érectile s'avéra significativement meilleure dans le groupe traitement combiné dès le troisième mois, et le resta jusqu'au terme du traitement. À six mois, tant le score de l'IIEF que le score de rigidité de l'érection, et le taux des rapports réussis (SEP3) étaient significativement supérieurs dans le groupe traitement combiné. À 12 mois, 92 % des hommes du groupe combiné contre seulement 29 % du groupe tadalafil seul avaient eu une ou plusieurs érections qui avaient duré suffisamment longtemps pour atteindre l'orgasme, et les scores moyens de l'IIEF5 étaient de respectivement 18,9 et 11,1. Au total, les hommes traités par prostatectomie radicale robotisée ont obtenu une récupération plus précoce et plus importante de leur fonction sexuelle lorsqu'ils ont utilisé un VED en plus du traitement de fond par le tadalafil.

Les résultats de cette intéressante étude monocentrique, menée grâce à la subvention d'une compagnie pharmaceutique qui fabrique des vacuums, méritent d'être confirmés dans des études multicentriques, indépendantes, et portant sur un plus grand nombre de patients.

**Pastore et al. (PS-01-016)**, de Rome, ont rapporté une autre étude intéressante comparant de façon prospective et randomisée les effets de la rééducation du plancher pelvien à ceux de la dapoxétine dans le traitement de l'éjaculation prématurée. La kinésithérapie pelvienne a souvent été proposée comme traitement de l'éjaculation prématurée, mais, sauf erreur de ma part, on ne dispose pas aujourd'hui d'évaluation objective de ses résultats. Dans le cas présent, 40 hommes éjaculant en moins de deux minutes ont été randomisés en deux groupes et ont bénéficié pendant 12 semaines soit d'une rééducation kinésithérapique du plancher pelvien (électrostimulation et biofeedback), soit de la prise à la demande de dapoxétine à la dose de 30 ou 60 mg (deux sous-groupes distincts). À la fin de l'étude, 11 des 19 patients du groupe rééducation pelvienne (57 %) étaient capables de contrôler leur réflexe éjaculatoire jusqu'à plus de deux minutes (2,06 à 2,54 minutes, moyenne : 2,11). Sous dapoxétine, cinq des huit patients du groupe 30 mg (62,5 %) et cinq des sept patients du groupe 60 mg (72 %) avaient un temps de latence de l'éjaculation intravaginale supérieur à trois minutes (temps moyen : 3,07 et 3,68, respectivement). Les auteurs concluent que tous les patients du groupe dapoxétine ont rapporté une amélioration significative de leur temps de latence de l'éjaculation intravaginale par rapport à l'état basal et par rapport aux « moins bons » résultats obtenus par la rééducation pelvienne. Sous rééducation pelvienne, l'IELT était passé de 1,5 à 2 minutes dès six semaines, puis était resté stable jusqu'à la fin de l'étude, alors que l'amélioration

s'était poursuivie au-delà de six semaines sous dapoxétine, l'IELT ayant encore augmenté entre l'évaluation à six semaines et celle à 12 semaines.

Les Italiens **Rastrelli et al. (PS-01-017)** ont présenté une autre analyse des données des patients consultant leur centre pour dysfonction sexuelle, afin de préciser quels étaient les facteurs corrélés à la perception d'une diminution du volume de l'éjaculat chez les patients consultant pour dysfonction érectile (DE). Différentes évaluations antérieures ont montré que la diminution du volume de l'éjaculat est un phénomène fréquent, particulièrement corrélé au vieillissement, et qui pouvait être à l'origine d'une insatisfaction sexuelle. Cette analyse a porté sur une série consécutive de 3 141 patients ayant consulté pour DE (âge moyen : 51,6 ans). Ceux qui avaient subi une chirurgie prostatique ont été exclus. Le questionnaire SIEDY, élaboré dans l'unité d'andrologie du Pr Maggi, et rempli pour chaque nouveau patient, a une précision de 69 % pour prédire le volume de l'éjaculat, tel qu'il peut être objectivement mesuré.

Après ajustement pour les facteurs confondants, la perception qu'avait le patient d'une diminution du volume éjaculé s'est avérée spécifiquement associée avec les traitements de privation androgénique utilisés chez les hommes avec cancer de la prostate (de longue date, on a considéré qu'une diminution du volume de l'éjaculat pouvait être liée à un déficit en testostérone [DT]), et à l'utilisation d'autres médicaments comme les alphabloqueurs (dont nous savons qu'ils peuvent particulièrement être à l'origine d'une éjaculation rétrograde partielle ou totale), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (qui peuvent également être à l'origine d'une éjaculation retardée) et les inhibiteurs de conversion de l'angiotensine, ainsi que les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine. La prévalence du diabète et celle du DT ont également été trouvées augmentées en cas de perception d'un volume diminué : diabète : chez 23 % des hommes avec DE éprouvant cette sensation contre 14 % chez ceux qui ne l'éprouvaient pas ; DT : chez 9,1 % des hommes percevant un volume diminué contre 5,3 % de ceux qui jugeaient le volume normal, les différences étant significatives. La sévérité de la DE et l'existence d'un désir sexuel hypoactif chez le patient ou chez sa partenaire ont également été associées significativement à une perception de diminution du volume de l'éjaculat. Dans une analyse multivariée, après ajustement pour les confondeurs, le DT, le diabète, l'existence d'un DE sévère et le désir sexuel hypoactif chez le patient ou chez sa partenaire étaient tous associés de façon indépendante à la perception d'une diminution du volume de l'éjaculat.

Les Israéliens **Bronner et al. (PS-01-018)** ont également rapporté une intéressante étude visant à rechercher des corrélations entre éjaculation prématurée et fonction sexuelle des partenaires féminines. Ils se sont particulièrement penchés sur le rôle que pouvaient jouer des difficultés féminines à la pénétration vaginale, qu'ils ont évalué sur la base

d'éventuelles difficultés d'insertion dans le vagin d'un tampon, ou d'un doigt, par le médecin, ou par la femme elle-même, ou du pénis, et enfin de difficultés de leur examen gynécologique. L'étude a porté sur 125 couples hétérosexuels dont les femmes ont aussi été évaluées par le FSFI, en plus du questionnaire permettant d'établir un score des difficultés de pénétration vaginale, tandis que le partenaire masculin remplissait un questionnaire d'évaluation de l'éjaculation prématurée. L'intensité de la douleur évoquée pour chaque type de pénétration vaginale a été rapportée par la femme sur une échelle analogique visuelle.

Les résultats de cette étude sont que les partenaires féminines des hommes qui avaient une éjaculation prématurée (EP) ante portas avaient elles-mêmes significativement plus de difficultés pour une pénétration vaginale, spécialement pour celle du pénis, ou pour l'utilisation d'un tampon. L'intensité de la douleur associée à la pénétration vaginale était plus élevée chez les partenaires des hommes avec EP ante portas. Il n'a par contre pas été trouvé de corrélation entre l'existence d'une éjaculation ante portas et l'intensité de la

douleur associée à l'utilisation du tampon, à l'examen gynécologique ou à l'insertion d'un doigt dans le vagin. Il n'a pas été trouvé non plus de corrélation entre les scores d'éjaculation prématurée et le score global du FSFI, ou les scores de ses différents domaines.

En conclusion, les auteurs ont mis en évidence une importante corrélation entre l'existence de difficultés féminines sévères de la pénétration, et celle d'une éjaculation ante portas. Les couples qui ont ce type de problème sexuel peuvent être confrontés à un mariage non consommé, et à des problèmes de fertilité. En tel cas, la prise en charge devrait concerner, de façon parallèle, chacun des deux partenaires.

L'étude est intéressante. Mais ses résultats peuvent être influencés par certaines spécificités culturelles (difficultés avec la sexualité liées au fondamentalisme religieux de certains partenaires). On est en effet étonné de la prévalence élevée de l'éjaculation ante portas dans cette série de 125 hommes. Il serait intéressant de répéter l'étude dans d'autres pays et d'autres cultures.