

**Etude rétrospective contrôlée de la satisfaction conjugale et sexuelle :
implant pénien versus inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5.**

**Controlled retrospective study of marital and sexual satisfaction: penile
prosthesis versus type 5 phosphodiesterase inhibitors.**

V. Fréson a, M. Sempels b, R. Andrianne b

a Virginie Fréson, Faculté de psychologie, Master en sciences de la famille et de la sexualité,
UCL, Place de l'Université 1, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique.

b Service d'urologie, Centre hospitalier universitaire de Liège, CHU LG, Avenue de
l'hôpital, 1, 4000 Liège, Belgique.

MOTS CLES

Dysfonction érectile

Implant pénien

Inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5

KEYWORDS

Erectile dysfunction

Penile prosthesis

Type 5 Phosphodiesterase inhibitors

RÉSUMÉ

But : Analyser la satisfaction conjugale et sexuelle d'hommes hétérosexuels âgés entre 55 et 65 ans, en couple depuis plus d'un an, avec ou sans dysfonction érectile affichée. Comparaison des hommes traités par inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5 (IPDE5), par implant pénien, ou non traités.

Matériel et méthode : Etude rétrospective contrôlée monocentrique de patients nés entre 1950 et 1960, en couple hétérosexuel depuis plus d'un an, actifs sexuellement avec leur partenaire conjugal, ayant consulté pour prise d'IPDE5 ou porteurs d'une prothèse pénienne depuis plus d'un an. Evaluation par des questionnaires validés auto-administrés envoyés par voie postale.

Résultats : 94 hommes ont intégré l'étude. Dans cette population, les hommes porteurs d'un implant pénien étaient plus âgés (58.1 ± 6.3 vs. 52.6 ± 5.4 ans pour IPDE5 et 54.3 ± 3.9 ans pour les contrôles ; $p = 0.0004$), souffraient davantage d'affections prostatiques ($p = 0.015$), et présentaient une meilleure entente dans leur couple ($p = 0.027$). Parmi le groupe contrôle, 67.6 % des patients avaient une capacité érectile modifiée mais étaient non traités.

Conclusion : la dysfonction érectile est probablement sous-traitée. Dans notre étude, l'implant pénien semble montrer une meilleure satisfaction conjugale et sexuelle dans le couple. Une prise en charge active et plus précoce de la DE, incluant la solution chirurgicale semblerait permettre au couple de vivre une meilleure intrication de la sphère sexuelle et conjugale.

SUMMARY

Objective: To analyze the marital and sexual satisfaction of heterosexual men aged between 55 and 65, in couples for over a year, with or without erectile dysfunction. Comparison of men treated with IPDE5, penile implant, or untreated.

Method: Monocentric controlled retrospective study via self-administered questionnaires sent by post. Study of 94 patients, coming under the criteria: born between 1950 and 1960, heterosexual couple for over a year, sexually active with their partner, having consulted for IPDE5 or wearing a penile prosthesis for more than a year.

Results: - Men with a penile implant were older (58.1 ± 6.3 vs. 52.6 ± 5.4 years for IPDE5 and 54.3 ± 3.9 years for controls, $p = 0.0004$), suffered from more prostatic diseases ($p = 0.015$), and had the best harmony in their relationship ($p = 0.027$). Among the control group, 67.6% of the patients had a modified erectile capacity but were untreated.

Conclusion: Erectile dysfunction (ED) is probably undertreated. In our study, the penile implant appears to show greater marital and sexual satisfaction in couples. Active and earlier management of ED, including the surgical solution, would seem to allow the couple to experience a better correlation between conjugal and sexual sphere.

Introduction

Le but de cette étude était d'analyser les affects dépressifs des hommes entre 55 et 65 ans ainsi que le lien entre le traitement ou non pour la DE, et son impact sur la vie conjugale et sexuelle des couples hétérosexuels en relation depuis plus d'un an. Pour ce faire, nous avons comparé trois cohortes : les patients porteurs d'un implant pénien, les patients traités par inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) et un groupe contrôle d'hommes sans DE connue.

Après 40 ans, près d'un homme sur trois est atteint de problèmes d'érection (Hubin, 2015)⁽¹⁾. Ceux-ci, également appelés « dysfonction érectile (DE) » sont définis comme « l'impossibilité d'obtenir et/ou de maintenir une érection d'une qualité suffisante pour permettre un rapport sexuel satisfaisant pour les deux partenaires » (Andrienne, Opsomer, 2013)⁽²⁾. Avec l'âge, les troubles de l'érection peuvent apparaître avec fréquence et fortement perturber la vie de couple.

L'une des grandes études de référence sur la question est la Massachusetts Male Ageing Study (MMAS)⁽³⁾ réalisée en 1999. Selon cette dernière, près de 50 % des hommes âgés entre 40 et 70 ans souffriraient de dysfonction érectile légère à sévère. L'incidence augmente bien entendu avec l'âge. Après l'âge de 70 ans, on estime que 70 % des hommes sont atteints. Des statistiques exactes et fiables restent néanmoins difficiles à obtenir, notamment pour les jeunes hommes, ce sujet restant finalement assez tabou.

Les études épidémiologiques récentes estiment, par ailleurs, qu'environ 150 millions d'hommes dans le monde seraient concernés par une dysfonction érectile. Ce chiffre impressionnant pourrait encore doubler d'ici quelques années (Gruffat & Mesagna, 2013)⁽⁴⁾.

Matériel et méthodes

Dans cette étude rétrospective menée en partenariat avec le CETISM (Centre d'Étude et de Traitement des Sexopathologies Masculines de l'Université de Liège), 450 hommes coïncidant avec les critères suivants ont été retenus :

- né entre 1950 et 1960 ;
- en couple hétérosexuel depuis plus d'un an ;
- actif sexuellement avec leur partenaire conjugal ;
- ayant consulté pour prise d'IPDE5 depuis plus d'un an ;
- ou étant implanté d'une prothèse pénienne depuis plus d'un.

Le choix de la tranche d'âge de notre étude se justifie par le fait que la littérature démontre que la moyenne des patients implantés d'une prothèse pénienne se situe dans celle-ci (Souillac, & al., 2009)⁽⁵⁾.

Les sujets masculins du groupe contrôle, sujets sans traitement et sans DE connue, ont été recrutés dans la population générale dans les mêmes tranches d'âge au moyen du bouche-à-oreille et grâce à l'aide de différents médecins généralistes. Les critères « sans traitement pour la DE » et « né entre 1950 et 1960 » ont été dans ce cas utilisés dans l'objectif de recruter un nombre d'hommes équivalent. La dernière population de patients se compose d'hommes, avec ou sans DE, mais non traités, le traitement ou non-traitement constituant le critère de comparaison de l'étude.

Évidemment, la maîtrise du français écrit était indispensable pour répondre aux questionnaires auto-administrés.

Les questionnaires validés, choisis dans la littérature, et utilisés dans l'étude sont :

- l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier⁽⁶⁾ permettant d'évaluer et de comparer le niveau de satisfaction des conjoints au sein d'un même couple.
- le « Beck Depression Inventory », élaboré par Beck et ses collaborateurs (Beck, & al., 1961)⁽⁷⁾ dans le but de quantifier l'intensité de la symptomatologie subjective de la dépression.
- l'International Index of Erectile Function⁽⁸⁾ complet de 15 items, fournissant des évaluations cliniques objectives de pré et post-traitement de la fonction érectile.

Nous avons ensuite élaboré un questionnaire complémentaire, dit sociodémographique, permettant de collecter des renseignements généraux sur les sujets : leur âge, leur situation maritale, la longévité de leur vie de couple, leur(s) pathologie(s) associée(s), souffrant ou non de DE, traités ou non pour celle-ci. De la sorte, nous avons pu établir nos trois cohortes.

Dans le groupe contrôle, pour la variable, sans traitement pour la DE, obtenir une érection et la maintenir pendant l'activité sexuelle, a été sous catégorisé comme suit : non diminuée, légèrement diminuée, modérément diminuée, sévèrement diminuée.

La pertinence de ces questionnaires avait été préalablement évaluée auprès de dix hommes (de 55 à 65 ans) issus de la population générale.

Ces quatre questionnaires ont été ensuite envoyés par voie postale avec un formulaire de consentement éclairé, et une lettre précisant que cette recherche avait pour cadre un mémoire de Master en Sciences de la Famille et de la Sexualité. Les destinataires étaient ainsi invités à participer à une étude d'une durée d'environ 20 minutes et à renvoyer leurs documents par le biais de l'enveloppe retour au CHU de Liège. Enfin, nous demandions aux sujets de répondre sans la présence de la partenaire, tout en sachant qu'il s'agit d'une des limites des auto-questionnaires.

En définitive, 94 retours fort proches de nos critères nous ont permis d'obtenir les trois populations recherchées ; 31 hommes porteurs d'un implant pénien ($n = 31$) ; 29 traités par IPDE5 (inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5) ($n = 29$) ; 34 dans le groupe contrôle ($n = 34$).

Les variables quantitatives et les scores numériques ont été résumés en termes de moyenne et d'écart-type (SD). Pour les variables catégorisées, on a calculé le nombre et le pourcentage de valeurs dans chaque catégorie de la variable. Pour mesurer l'association entre deux variables quantitatives, le coefficient de corrélation de Pearson et la droite de régression ont été calculés.

Les moyennes des trois groupes ont été comparées par analyse de la variance à un critère (ANOVA1), puis par comparaisons multiples afin d'observer les groupes qui différaient éventuellement entre eux (méthode Scheffé). La comparaison de proportions a été effectuée par le test classique du chi-carré pour tables de contingence.

Les résultats des tests statistiques ont été considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5 % ($p < 0.05$). Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel statistique SAS (version 9.3 pour Windows) et avec le logiciel S-PLUS.

Résultats

Sur une période de six semaines, nous avons récolté 94 questionnaires entrant dans nos critères. Les données démographiques relatives aux participants révèlent que la moyenne d'âge des patients implantés est plus élevée que dans le groupe IPDE5 et contrôle ($p = 0.039$), (Tableau 1).

Les hommes se disant sexuellement actifs le sont de manière similaire dans les trois groupes ($p = 0.68$).

En ce qui concerne les facteurs de risque, peu de différences sont retrouvées entre les groupes, mis à part les affections prostatiques significativement plus fréquentes dans le groupe PP (25.8 %). Le groupe des PP est aussi le groupe souffrant le plus d'affections chroniques (90.3 %) vs IPDE5 (75.9 %) vs contrôle (61.8 %) avec concomitamment une médication quotidienne légèrement plus élevée ($p = 0.067$).

Seuls 32.4 % des sujets du groupe contrôle affirment ne pas avoir de modification de leur capacité érectile. Ce qui implique que 67.6 % des hommes âgés entre 55-65 ans sans traitement pour le DE ont une capacité érectile modifiée, légèrement, modérément ou sévèrement. Ces résultats correspondent aux données de la littérature énoncées ci-dessus.

1. Analyse de la satisfaction conjugale : Spanier questionnaire :

La différence la plus significative est relevée au niveau de la satisfaction conjugale globale ($p = 0.0079$). Le groupe le plus ajusté ($p = 0.027$) à l'intérieur de la relation de couple est le groupe PP (121 ± 12.5) avec le score total le plus élevé, suivi par les contrôles (119 ± 16.3) et enfin par les IPDE5 (110 ± 19.2). C'est également dans cette dernière population que l'on retrouve l'intrication la plus affectée entre la satisfaction sexuelle et conjugale ($r = 0.55$, $p = 0.0021$). Les patients avec une prothèse pénienne – plus satisfaits conjugalement que les

deux autres groupes – lient davantage la fonction érectile ($r = 0.61$, $p = 0.0005$) et le désir sexuel ($r = 0.36$, $p = 0.049$) à l'entente de leur couple.

2. Analyse de la satisfaction sexuelle : IIEF questionnaire (15 items) :

Quel que soit le domaine étudié, il n'y a pas de différence significative entre les trois cohortes en ce qui concerne la satisfaction sexuelle étudiée seule. (Tableau 2).

Cependant, il existe bien une corrélation, quel que soit le domaine étudié de l'IIEF et la satisfaction conjugale. Plus celle-ci est élevée, plus les différents domaines étudiés le seront significativement également. Pour exemple, le niveau de satisfaction conjugale et la fonction érectile ($r = 0.6$, $p\text{-value} = 0.0005$) sont corrélés dans le groupe PP, la présence de l'érection au sein de la relation de couple augmente la satisfaction conjugale.

À l'inverse, les corrélations entre les affects dépressifs, la satisfaction conjugale et sexuelle, le sont toujours de manière significative, mais négativement. Plus le patient présente des affects dépressifs, moins il vit de consensus, de cohésion, d'affection envers sa partenaire. En d'autres termes, plus la personne se décrit comme dépressive, moins la satisfaction conjugale et sexuelle est élevée. La plus grande corrélation se note dans le groupe des IPDE5 ($r = -0.49$, $p\text{-value} = 0.0082$) vs groupe PP ($r = -0.53$, $p\text{-value} = 0.0028$) vs contrôle ($r = -0.55$, $p\text{-value} = 0.0008$).

Discussion

Afin d'assurer une prise en charge optimale de la DE, il convient d'en assurer un diagnostic, une évaluation et un traitement optimal. Dans cette étude, le critère d'inclusion pris pour le groupe contrôle était le non-traitement pour DE. Cependant, 32.4 % des hommes de cette population n'ont pas mentionné avoir perçu de modification de leur capacité érectile, ce qui implique que 67.6 % ont une capacité érectile modifiée légèrement, modérément ou sévèrement. Ceci semble signifier, qu'aujourd'hui encore, la prise en charge de la DE soit sous-évaluée, sous-traitée ou demeure un tabou. De plus, restant difficilement objectivable, son évaluation optimale reposera en général sur une bonne communication entre le généraliste, souvent en première ligne, et son patient. Le diriger en cas de nécessité vers un spécialiste lui apportera le plus de chance d'avoir un traitement adéquat. S'en suivra les premières démarches d'évaluation de la DE, un examen clinique général, une mise au point vasculaire et au besoin un soutien psychosexologique.

Une réunion de concertation pluridisciplinaire comportant au moins un(e) sexologue et un(e) urologue devrait, au moins, dans le cadre de la pose d'un implant pénien, prendre systématiquement place afin de mettre davantage en exergue les bienfaits d'une sexualité épanouie au sein du couple, l'objectif étant de retrouver une meilleure cohésion conjugale sans un focus unique sur l'aspect érectile du pénis de l'homme. Ainsi, ce choix thérapeutique aura un impact sur la qualité de vie et la rentabilité économique.

Conclusion

Entre 55 et 65 ans, chez les hommes non traités pour une dysfonction érectile, 67,6% déclarent avoir une capacité érectile modifiée. Presque vingt ans plus tard, nos résultats sont toujours similaires à ceux de l'étude réalisée par la Massachusetts Male Ageing Study (MMAS)⁽³⁾.

La sexualité reste donc un tabou, et le dépistage de la DE ainsi que sa prise en charge sont toujours insuffisants.

Dans notre étude, la satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle est significativement meilleure chez les patients implantés depuis plus d'un an que chez les hommes non traités ou traités par IPDE5.

Le médecin généraliste a donc un rôle important de dépistage et d'information, et devrait relayer rapidement vers l'urologue les patients insatisfaits par les traitements de première ligne. La solution de l'implant pénien devrait alors être évoquée et proposée par l'urologue dès que les traitement conservateurs sont inefficaces ou mal tolérés.

Une attention systématique devrait être portée à la sexualité des patients qui ont subi une intervention susceptible de modifier leur fonction érectile (prostatectomie radicale, autre chirurgie pelvienne urologique et non urologique, pathologie neurologique, etc...).

Il convient de façon générale de démystifier la sexualité et de proposer d'emblée aux patients une prise en charge pluridisciplinaire afin de leur permettre de retrouver une sexualité épanouie et une vie conjugale améliorée.

Bibliographie

1. Hubin A. Sexualité : avons-nous une date de péremption ? (page consultée le 23/05/2015). Sexologie positive, [en ligne]. <http://www.sexologiepositive.be/>
2. Andrianne R, Opsomer R, Reynaert C, Roumequere T, TSjoen G, Les Troubles de l'érection à 50 ans et au-delà. Bruxelles: Vivio; 2013.
3. Derby CA, Araujo AB, Johannes CB, Feldman HA, McKinlay JB. Measurement of erectile dysfunction in population-based studies: the use of a single question self-assessment in the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Sexual Medicine* [en ligne], 12 (4):197-204. [consulté le 11/02/2015]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.nature.com/ijir/journal/v12/n4/abs/3900542a.html>>
4. Gruffat X, Mesagna P, Définition des troubles érectiles – Définition dysfonction érectile. (page consultée le 12/05/2015). Creapharma [en ligne]. <http://www.creapharma.ch/troubles-erectiles-definition.htm>.
5. Souillac I, Pignot G, Galiano M, Hastert V, Sibaud O, Virag R, Implants péniens hydrauliques : résultats, complications et facteurs pronostiques. *Progrès en urologie*. 2009. 19:563-571.
6. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A, The International Index of Erectile Function (IIEF), A multidimensionnal scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 1997.
7. Spanier GB, Measuring dyadic adjustent: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38:15-28. Traduit en français : Baillargeon JG, Marineau R. Échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement*. 1986. 18:24-34.
8. Beck, Collet L, Cottraux J, trad. Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items) : étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'encéphale*, 1986. 12:77-79.

TABLEAU 1. Caractéristiques générales en fonction du groupe – moyenne \pm SD ou fréquence (%)

TABLE 1. General characteristics by group - mean \pm SD or frequency (%)

Paramètres		PP (n = 31)	IPD5 (n = 29)	Contrôle (n = 34)	p-value
Couple hétérosexuel	Oui	29 (93.5)	28 (96.6)	34 (100.0)	0.30
Durée de la relation	< 5 ans	10 (33.3)	6 (20.7)	6 (17.6)	0.30
	> 5 ans	20 (66.7)	23 (79.3)	28 (82.4)	
Âge de la partenaire (années)		58.1 \pm 6.3 (ab)	52.6 \pm 5.4 (a)	54.3 \pm 3.9 (b)	0.0004
Sexuellement actif	Oui	30 (96.8)	27 (93.1)	33 (97.1)	0.68

TABLEAU 2. Distribution des scores et sous-scores du test de IIEF (moyenne +/- SD)

TABLE 2. Distribution of IIEF scores and sub-scores (mean +/- SD)

	PP	IPDE5	Contrôle	
Domaine	(n = 31)	(n = 29)	(n = 34)	p-value
Fonction érectile (1-30)	20.5 +/- 10.7	20.9 +/- 6.5	21.3 +/- 8.6	0.93
Fonction orgasmique (0-10)	6.5 +/- 3.8	8.5 +/- 2.2	7.6 +/- 3.3	0.064
Désir sexuel (2-10)	7.2 +/- 1.6	6.7 +/- 1.6	6.9 +/- 1.7	0.54
Satisfaction rapports sex (0-15)	8.2 +/- 4.9	10.2 +/- 3.2	9.2 +/- 3.6	0.18
Satisfaction globale (2-10)	7.2 +/- 2.9	7.3 +/- 2.3	7.9 +/- 2.2	0.52
IIEF total (5-75)	50.0 +/- 21.8	53.6 +/- 13.6	52.8 +/- 17.8	0.72