

#001

Objectifs du carnet

Dysfonction erectile

Triade vasculaire, neurologique et hormonale

- 1 Chercher diabete, HTA, tabac, dyslipidemie et maladie cardiovasculaire silencieuse.
- 2 Evaluer libido, testosterone matinale et médicaments iatrogenes.
- 3 PDE5 si pas de derives nitres ni contre-indication cardiovasculaire.
- 4 Corriger facteurs de risque et adresser si echec, douleur ou suspicion organique complexe.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant dysfonction erectile en contexte EDN et en garde.
- Pour Dysfonction Erectile, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Dysfonction Erectile, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Dysfonction Erectile, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Definition et causes

- Dysfonction erectile: difficulté persistante à obtenir ou maintenir une érection suffisante.
- Causes vasculaires, diabétiques, neurologiques, hormonales, médicamenteuses et psychogènes sont souvent intriquées.
- C'est un marqueur possible de maladie cardiovasculaire silencieuse.
- Interroger libido, éjaculations, douleurs, courbure, contexte relationnel et début brutal/progressif.

#003

Bilan

- Évaluer facteurs cardiovasculaires, diabète, HTA, tabac, dépression et traitements.
- Testostérone matinale si baisse libido, signes hypogonadisme ou contexte évocateur.
- NFS, glycémie/HbA1c, lipides, créatinine et TSH selon terrain.
- Rechercher contre-indications aux inhibiteurs de PDE5, surtout dérivés nitrés.

#004

Prise en charge

- Traiter facteurs de risque et adapter médicaments iatrogènes si possible.
- Inhibiteurs PDE5 en première intention si pas de contre-indication et information correcte.
- Testostérone seulement si hypogonadisme confirmé et indication.
- Adresser si échec, maladie de Lapeyronie, douleur, priapisme ou contexte complexe.

#005

Pieges EDN

- Un dosage hormonal isole ne suffit pas si le contexte, l'heure ou le traitement rendent le resultat non interpretable.
- Toujours rechercher grossesse, iatrogenie, insuffisance renale et maladie aigue devant une anomalie endocrine.
- Les urgences endocriniennes se traitent avant confirmation exhaustive si le risque vital est plausible.
- Penser au retentissement: os, coeur, rein, fertilité, nutrition, peau, sommeil et qualite de vie.

#006

Mini-cas a savoir resoudre

- Nommer l'axe hormonal atteint et dire s'il s'agit d'un excès, déficit ou résistance.
- Choisir le premier test biologique utile, puis l'imagerie seulement si elle change la conduite.
- Identifier les signes qui imposent hospitalisation ou avis spécialisé urgent.
- Prevoir surveillance, education du patient et adaptation au terrain.

Sources: Referentiel du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabetologie et nutrition; Société Francaise d'Endocrinologie et Société Francophone du Diabète; HAS 2024: stratégie thérapeutique et parcours de soins du diabète de type 2; Supports locaux SSD1/Alex/3- Endocrinologie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collect e