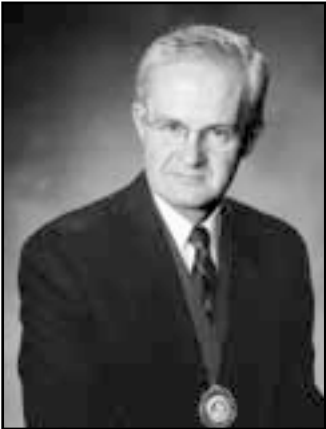




L'Association canadienne d'urologie

Bulletin • Printemps 2002

MOT DU PRÉSIDENT



James Wilson, M.D., FRCS(C),
Président, ACU

Les brochures d'inscription au congrès annuel de l'ACU qui aura lieu à St-Jean du 23 au 26 juin ont été postées à tous les membres. Tous devraient maintenant avoir reçu l'information. Vous pouvez aussi consulter le site Internet officiel de l'ACU à l'adresse www.cua.org pour avoir les détails du congrès; il suffit de suivre les directives jusqu'au site du congrès annuel. Le congrès est très prometteur cette année, tant au point de vue scientifique que social et nous espérons qu'un grand nombre de membres pourront y assister. Curtis Nickel, Doug et Zoe Drover ainsi que leurs comités respectifs travaillent dur à finaliser les derniers détails afin d'assurer la réussite du congrès. Le programme scientifique sera assurément exceptionnel, avec des forums éducatifs captivants sur une variété de problèmes cliniques controversés et complexes, supportés par des orateurs chevronnés. Il y aura présentations restreintes d'exposés oraux, limités à des sujets d'intérêt général, qui s'adresseront à tous les membres. Les comptes rendus de recherche en science fondamentale et spécialisée seront exposés en même temps que les présentations d'affiches afin d'encourager les discussions. Les présentations d'affiches seront faites de façon informelle et accompagnées de vin et fromage. Ceci, nous l'espérons, favorisera les échanges entre les participants. Le programme social sera certainement très intéressant et proposera le choix d'une foule de spectacles donnés par des musiciens locaux. Les derniers récipiendaires du prix Juno de la ville de St-Jean nous ont

certainement donné un avant-goût des talents artistiques offerts par la plus jeune de nos provinces canadiennes. Il y aura aussi abondance de bons plats et de boissons rafraîchissantes pour désaltérer tous les participants après une longue journée de discussions animées. Faites vos plans dès maintenant et joignez-vous à nous pour un congrès qui promet d'être mémorable.

Tous les membres devraient déjà avoir reçu le deuxième envoi des Brochures destinées aux patients, préparées par le Comité des brochures destinées aux patients, présidé par Denis Lavoie. Il existe maintenant 10 dépliants individuels disponibles; cinq autres dépliants sont actuellement en préparation et devraient paraître en début d'automne. D'autres brochures sont prévues. Félicitations à Denis et aux membres de son comité. D'après les rapports, le nombre de dépliants commandés permet d'affirmer qu'il s'agit là d'une heureuse initiative, appréciée de tous les urologues canadiens aussi bien que des membres de l'ACU. Vos commentaires et suggestions sont les bienvenus; adressez-les à Denis qui continue de faire le « gros du boulot » dans ce projet. Denis a vu l'évolution de cette entreprise depuis sa conception jusqu'à la production finale des dépliants. Nous lui sommes tous reconnaissants pour sa détermination à mener à terme ce projet malgré les difficultés rencontrées du début à la fin. Il a fait un travail énorme. Merci Denis. L'ACU continue de progresser. Depuis l'avènement des Dépliants d'informations aux patients, les règlements et le site Internet de l'ACU,

Dans ce numéro...

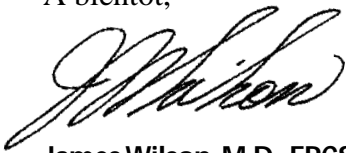
Congrès à venir	2
Où sont-ils?	2
Programme scientifique : St. John's 2002	3
Organismes affiliés et comités	4
Académie canadienne des chirurgiens urologues	5
Information sur les bourses de la FBACU	5
Brochures d'information de l'ACU à l'intention des patients	5
Processus de nomination à l'ACU	6
Postes à combler à l'assemblée délibérante de 2002	6
Changement aux règlements : printemps 2002	6
Le comité de réglementation de l'ACU a proposé : des directives sur la dysfonction érectile	7
Dysfonction érectile : appendice	10

MOT DU PRÉSIDENT

les activités quotidiennes de l'association ne cessent d'augmenter. Nous espérons que l'ACU deviendra une ressource accréditée pour le Programme de maintien de la compétence du Collège Royal, ce qui implique également des dépenses considérables. Naturellement, avec l'accroissement de toutes ces activités, les dépenses seront aussi plus importantes. Comme vous le savez, la cotisation annuelle demeure inchangée depuis plusieurs années. Néanmoins, nous pouvons continuer d'offrir une gamme d'avantages à nos membres grâce aux surplus générés annuellement par le congrès. Par le passé, nous avons été heureux de pouvoir couvrir tous nos frais. Néanmoins, le temps est venu pour l'association de formaliser ses dépenses annuelles. Dans ce but, j'ai demandé au trésorier de l'ACU, Jerzy Gajewski, de préparer un budget pour l'année 2002-2003 qui sera présenté aux membres lors de l'Assemblée générale annuelle le 26 juin 2002. Cette assemblée se tiendra au Salon « A » de l'Hôtel Delta à 12 :00 heures. De cette manière, les membres seront non seulement informés du montant des fonds amassés, comme c'était le cas ces dernières années, mais pourront émettre leur opinion sur l'utilisation de ces fonds.

J'espère tous vous voir à St-Jean.

À bientôt,



James Wilson, M.D., FRCS(C),
Président, Association canadienne d'urologie

CONGRÈS À VENIR

2003 Montréal, QC Hôtel Bonaventure 22-26 juin	2006 Halifax, NS Est du Canada 25-29 juin
2004 Whistler, BC Château Whistler 27 juin-1 ^{er} juillet	2007 À confirmer Centre du Canada 24-28 juin
2005 Ottawa, ON Hôtel Westin 25-29 juin	2008 Edmonton, AB Centre des congrès Shaw 22-28 juin

OÙ SONT-ILS?

Les envois destinés à ces personnes ont été retournés parce que l'adresse était incorrecte. Si vous connaissez l'adresse correcte ou même la ville où il(elle)s demeurent, veuillez communiquer avec :

Dr Michael P. Chetner,
Secretary, Canadian Urological Association
2D2.13, Walter MacKenzie Health Sciences Center
8440-112 Street, Edmonton, Alberta
Tél : (780) 407-3283
Télec. : (780) 407-2694
Courriel : mchetner@ualberta.ca

Dr. David Barnhouse
Dr. John Bishop
Dr. J. Bourgouin
Dr. John Brewster
Dr. George Chenard
Dr. Gerald Cook
Dr. Leslie Deane
Dr. Shamoon Doctor
Dr. Adam Gavsie
Dr. James Glenn
Dr. Andrew Halsall
Dr. Peter Ho
Dr. Jonathan Izawa
Dr. Douglas Johnson
Dr. Richard Johnson
Dr. H. Kiruluta
Dr. Frederic Liandier
Dr. Sue McGarvie
Dr. Stephen Macisaac
Dr. Gary Mackie
Dr. Gordon Martyn
Dr. Brian Morris
Dr. John Ngan
Dr. Garry Peers
Dr. Manohar Rajani
Dr. Nicholas Rety
Dr. Bernard Robinson
Dr. John Schneiderman
Dr. Walerian Spakowski
Dr. Thomas Trinh
Dr. Getchel Williams
Dr. Carson Wong

PROGRAMME SCIENTIFIQUE : St. John's 2002

Jour 1 : le dimanche 23 juin 2002

9 h – 17 h	Comptoir d'inscription ouvert
11 h – 12 h 30	Déjeuner-buffet pour tou(te)s les participant(e)s
11 h – 17 h	Salle d'exposition ouverte
12 h 30 – 12 h 40	Début des séances scientifiques - présentations
12 h 40 – 13 h 40	Présentation orale – Pot Pourri urologique
13 h 40 – 14 h 45	Présentation orale – endo-urologie/ laparoscopie
14 h 45 – 15 h 15	Pause-santé
15 h 15 – 15 h 45	Conférencier invité – Dr Elspeth M. McDougall
15 h 45 – 17 h 15	Forum éducatif – maladies lithiasiques d'origine métabolique
19 h – 22 h	Réception de bienvenue à l'hôtel Fairmont

Jour 2 : le lundi 24 juin 2002

7 h – 17 h	Comptoir d'inscription ouvert
6 h 30 – 7 h 30	Déjeuner continental
7 h – 8 h 30	Forum éducatif – cancer de la vessie
8 h 30 – 14 h 30	Salle d'exposition ouverte
8 h 30 – 9 h 30	Présentation orale – oncologie
9 h 30 – 10 h	Pause-santé
10 h – 10 h 30	Conférencier invité – Dr Michael Droller
10 h 30 – 12 h	Forum éducatif – cancer de la prostate
12 h – 12 h 30	Conférencier invité – Dr Richard D. Williams
12 h 30 – 12 h 40	Discours du président de l'AUA
12 h 40 – 13 h 30	Dîner avec les exposants
13 h 30 – 14 h 30	Présentation orale – cancer de la prostate
14 h 30 – 15 h	Conférencier invité – Dr Alan Partin
15 h 30 – 17 h 30	Présentation d'affiches A – oncologie Présentation d'affiches B – enseignement et divers Présentation d'affiches C – sciences de base Présentation d'affiches D – endo-urologie/ laparoscopie
18 h 30 – 24 h	Dégustation de homard à l'hôtel Delta

Jour 3 : le mardi 25 juin 2002

7 h – 17 h	Comptoir d'inscription ouvert
6 h 30 – 7 h 30	Déjeuner continental
7 h – 8 h 30	Forum éducatif – dysfonction érectile
8 h 30 – 12 h	Salle d'exposition ouverte
8 h 30 – 9 h 30	Présentation orale – impuissance, infertilité & incontinence
9 h 30 – 10 h	Pause-santé
10 h – 10 h 30	Conférencier invité – Dr Michael O'Leary
10 h 30 – 12 h	Forum éducatif – incontinence
12 h	Golf et autres activités au choix

Jour 4 : le mercredi 26 juin 2002

7 h – 17 h	Comptoir d'inscription ouvert
6 h 30 – 7 h 30	Déjeuner continental
7 h – 8 h 30	Forum éducatif – andropause
8 h 30 – 12 h 45	Salle d'exposition ouverte
8 h 30 – 9 h	Conférencier invité – Dr Ian Thompson
9 h – 9 h 30	Pause-santé
9 h 30 – 10 h	Présentation orale – urologie pédiatrique
10 h – 10 h 15	Remise des prix de dissertation
10 h 15 – 10 h 45	Conférencier invité – Dr David Bloom
10 h 45 – 12 h	Forum éducatif – urologie pédiatrique
12 h – 14 h	Assemblée délibérante de l'ACU
14 h 30 – 16 h 30	Présentation d'affiches E – urologie pédiatrique Présentation d'affiches F – incontinence Présentation d'affiches G – dysfonction érectile/ infertilité Présentation d'affiches H – cancer de la prostate
18 h – 24 h	Banquet de clôture à l'hôtel Delta

ORGANISMES AFFILIÉS ET COMITÉS

Le vendredi 21 juin 2002

8 h – 16 h	Comité des normes de l'ACU	Hôtel Delta – Bonavista Bay
8 h – 16 h	Comité d'information des patients de l'ACU	Hôtel Delta – Trinity Bay
8 h – 16 h	Comité socio-économique de l'ACU	Hôtel Delta – St. Mary's Bay
12 h – 17 h	Comité de la formation, de l'enseignement et de l'évaluation de l'ACU	Hôtel Delta – Placentia Bay (Comité du Collège royal sur la spécialité de l'urologie)
19 h – 23 h	Dîner annuel de l'Académie canadienne des chirurgiens urologues	Admiral's Green, Pippy Park

Le samedi 22 juin 2002

7 h – 12 h	Académie canadienne des chirurgiens urologues	Hôtel Fairmont, Salon C, D
13 h – 17 h	Réunion de l'exécutif de l'ACU	Hôtel Delta – Salon C
13 h – 15 h	Conseil canadien de la santé prostatique	Hôtel Delta – Fortune Bay

Le dimanche 23 juin 2002

7 h – 12 h	Réunion de l'exécutif de l'ACU	Hôtel Delta – Salon C
7 h – 9 h	Réunion de l'exécutif du Groupe canadien d'oncologie urologique (GCOU)	Hôtel Delta – Salon C
8 h – 12 h	Association des urologues pédiatriques du Canada (UPC)**	Hôtel Fairmont – Garrison/Signal
9 h – 12 h	Assemblée délibérante du GCOU	Hôtel Delta – Salon D
10 h – 12 h	Groupe canadien d'endo-urologie	Hôtel Delta – Conception Bay

Le lundi 24 juin 2002

7 h – 8 h 30	<i>Canadian Journal of Urology</i> (réunion du Conseil d'administration)	Hôtel Delta – Duckworth
10 h – 12 h	Conseil scientifique de la FBACU	Hôtel Delta – Gower
12 h – 14 h	Conseil d'administration de la FBACU	Hôtel Delta – Duckworth
12 h – 14 h	Comité des nominations de l'ACU	Hôtel Delta – Cochrane
16 h – 18 h	Infirmières en urologie du Canada	Hôtel Delta – Placentia Bay

Le mardi 25 juin 2002

7 h – 8 h 30	<i>Urology Times of Canada</i> (réunion du Conseil d'administration)	Hôtel Delta – Gower
7 h – 9 h	Conseil des chefs de département d'urologie	Hôtel Delta – Cochrane
7 h – 9 h	Consortium canadien sur la recherche en urologie	Hôtel Delta – Placentia Bay

Le mercredi 26 juin 2002

7 h – 8 h 30	Société internationale d'urologie (SIU)	Hôtel Delta – Conception Bay
8 h – 11 h	Conseil canadien de la santé sexuelle des hommes	Hôtel Delta – LeMarchant
9 h 30 – 12 h	Comité des finances de l'ACU	Hôtel Delta – Placentia Bay
12 h – 14 h	Assemblée délibérante de l'ACU	Hôtel Delta – Salon A
14 h 30 – 16 h	Réunion du comité des exposants	Hôtel Delta – Placentia Bay

** L'Association des urologues pédiatriques du Canada (UPC) est un groupe affilié l'ACU, ouvert à tou(te)s les urologues et résident(e)s qui s'intéressent à l'urologie pédiatrique de façon particulière ou qui voient ces patients en clinique. Le programme comprend le déjeuner, le dîner, l'assemblée délibérante et la présentation de cas. Tou(te)s les participant(e)s sont invité(e)s à amener un cas intéressant pour alimenter la discussion.

ACADÉMIE CANADIENNE DES CHIRURGIENS UROLOGUES

Chers membres,

Nous avons hâte de vous voir à la réunion de l'Académie à St. John's, Terre-Neuve. La rencontre débutera par un superbe repas le vendredi 21 juin 2002 en soirée, au terrain de golf Admiral's Green, à Pippy Park qui surplombe la ville. La réception débutera à 18 h 30, suivie du souper à 19 h.

Le lendemain matin, c'est-à-dire le 22 juin 2002, notre réunion débutera à 7 h à l'hôtel Fairmont, Salon C, D. Nous mettrons l'accent sur l'enseignement et l'évaluation des habiletés chirurgicales à la fois chez les étudiant(e)s en médecine et les stagiaires en urologie. Le Dr Martin Friedlich, chirurgien généraliste et éducateur à l'Université d'Ottawa, nous parlera de son expérience dans l'enseignement et l'évaluation des habiletés chirurgicales des étudiant(e)s en médecine au moyen d'un ensemble de modèles de laboratoire. Le Dr Sid Radomski et le Dr Eddie Matsumoto de l'Université de Toronto parleront du laboratoire d'habiletés chirurgicales de l'Université de Toronto. Le Dr Andrew MacNeily de l'Université de la Colombie-Britannique parlera des résultats dans l'Ouest des laboratoires d'habiletés chirurgicales. Le Dr Armen Aprikian de McGill présentera une méthode d'évaluation des habiletés chirurgicales des résidents en situation réelle (par la documentation d'habiletés opératoires appropriées étape par étape).

Michael Leonard, président de l'ACCU

Téléphone : (613) 737-2442

Télécopieur : (613) 738-4840

Courriel : mleonard@exchange.cheo.on.ca

c/o Urology Consultants

5991-Spring Garden Rd., Suite 620

Halifax, N.S. Canada, B3H 1Y6

Michael Leonard, président de l'ACCU

Tél. : (613) 737-2442 Téléc. : (613) 738-4840

Courriel : Mleonard@exchange.cheo.on.ca

Jerzy B. Gajewski, secrétaire-trésorier de l'ACCU

c/o Urology Consultants

5991-Spring Garden Rd., Suite 620

Halifax, N.S. Canada, B3H 1Y6

Tél. : (902) 425-3940 Téléc. : (902) 422-0033

Courriel : jgajew@is.dal.ca

INFORMATION SUR LES BOURSES DE LA FBACU

Appel de demandes :

3 catégories de bourses –

1. Chercheur(e) universitaire, poste récent (2 ans et moins) dans une faculté d'une université canadienne à titre de professeur(e) adjoint(e) ou de chargé(e) de cours; 40 000 \$ sur une période d'un an, renouvelable d'après le mérite et la disponibilité des fonds.
2. Chercheur(e) communautaire, 15 000 \$, non renouvelable pour un projet spécifique.
3. Bourse internationale conjointe de l'ACU et de la SIU

La date limite des demandes de bourses est le 1er mars de chaque année et le financement commence le 1er juillet. Pour tout renseignement et pour obtenir un formulaire, veuillez communiquer avec :

Dr Tony Khoury

Chair, Scientific Council, CUASF

555 University Ave.

Toronto, Ontario, M5G 1X8

Tél. : (416) 813-6460 • Téléc. : (416) 813-6461

Courriel : tony.khoury@sickkids.on.ca

BROCHURES D'INFORMATION DE L'ACU À L'INTENTION DES PATIENTS

Dix sujets sont maintenant disponibles et sont offerts à titre privilégié aux membres de l'ACU

SERIE 1

Vasectomie

Vasectomie – *Instructions après l'intervention*

Cystoscopie

Cystoscopie – *Instructions après l'intervention*

Échographie et biopsies de la prostate

SERIE 2

Calculs rénaux

Circoncision chez l'enfant

Circoncision chez l'enfant – *Instructions après l'intervention*

Résection trans-urétrale de la prostate

Résection trans-urétrale de la prostate – *Instructions après l'intervention*

SERIE 3 Bientôt disponible !

Pour commander ces brochures, veuillez contacter :

ACU – Information à l'intention des patients

Téléphone : (514) 744-1184

Télécopieur : (514) 744-1138

Courriel : CUAbrochures@ca.inter.net

PROCESSUS DE NOMINATION À L'ACU :

Le processus de nomination vise à ce que les membres soient davantage au courant des postes à combler et à améliorer la transparence, l'équité et l'efficacité du processus de nomination. Ainsi, on affichera les postes à combler par le Comité de nominations dans le bulletin d'automne et au site Internet de l'ACU. Les membres de l'ACU (qui ont acquitté leurs droits) peuvent proposer le nom de personnes intéressées (membres de l'ACU ayant acquitté leurs droits) au (à la) président(e) du Comité de nominations (président(e) sortant(e)). Le (la) président(e) du Comité de nominations apportera une liste de tout(e) les candidat(e)s possibles aux membres du Comité pour examen. Si plus d'une personne est proposée pour le même poste, le Comité ou son (sa) président(e) communiquera avec les candidat(e)s pour discuter des tâches rattachées au poste en question. Si plus d'une personne désire poser sa candidature pour le même poste et si le Comité approuve ces candidatures, il y aura une élection soit par vote secret ou à l'assemblée délibérante alors que tous les membres de l'ACU voteront. Un(e) seul(e) candidat(e) pour le poste en résultera. Comme par le passé, les candidat(e)s peuvent être nommé(e)s à l'assemblée annuelle. Il(elle)s doivent être nommé(e)s par un membre ayant acquitté ses droits et être présent(e)s à l'assemblée annuelle pour accepter la nomination et être élu(e)s.

POSTES À COMBLER À L'ASSEMBLÉE DÉLIBÉRANTE DE 2002 :

Vice-président(e)
(Président(e) à Ottawa en 2005)

Président(e) du Comité socio-économique
(remplacera Allan Patrick, mandat se terminant en 2002)

Les candidat(e)s aux postes suivants seront nommé(e)s par les membres assistant à l'assemblée délibérante de St. John's en 2002 :

2 membres du Comité des prix – mandat d'un an
(remplaceront le Dr Laurie Klotz et le Dr Martin Gleave)

2 membres du Comité des nominations – mandat de deux ans
(remplaceront le Dr Peter Andereson et John Mahoney).

Veillez envoyer les nominations et les questions à :

Dr Gordon McLorie, Past President, CUA
555 University Ave.
Toronto, ON M5G 1X8
Tél. : (416) 813-6465 • Téléc. : (416) 813-6240
Courriel : gmclorie@sickkids.on.ca

CHANGEMENT AUX RÈGLEMENTS : PRINTEMPS 2002

- (e) Le Comité socioéconomique
- (i) Le comité socioéconomique est composé d'un président. Au besoin, le président recrutera des membres qui apporteront leur expertise dans l'élaboration des projets entrepris par le comité (section (e)iii). Le choix des membres devrait refléter les régions géographiques du pays et représenter le plus possible l'académisme aussi bien que l'urologie générale.
- (ii) Le comité verra à inclure un membre agréé qui assurera la liaison entre l'Association et l'Association médicale canadienne. Cet individu sera élu annuellement par les membres votants de l'association. Il (elle) sera éligible pour renomination et réélection annuellement, sans excéder quatre (4) termes. Il (elle) se rapportera à l'Exécutif auquel il (elle) soumettra un rapport annuel écrit. Il (elle) fera un rapport annuel aux membres lors de la session d'affaires du congrès annuel.
- (iii) Le président sera élu annuellement par les membres votants de l'association. Il (elle) sera éligible pour renomination et réélection annuellement, sans excéder quatre (4) termes. D'autres membres du comité serviront un terme, sans excéder cinq (5) ans. Un terme ou des termes à cette fonction sera déterminé en calculant le terme maximum ou le nombre de termes en fonction, tel que spécifié plus haut.
- (iv) Le Comité socioéconomique sera responsable de l'aspect fonctionnel de la pratique de l'urologie au Canada. Ceci peut inclure :
 - A. l'information relative aux revenus moyens et aux barèmes de prix;
 - B. les données sur les effectifs incluant le nombre d'urologues en pratique, le nombre de résidents en formation et le nombre d'urologues qui quittent ou entrent au pays;
 - C. l'échange d'informations en matière de finances, tels que les négociations de taux, les méthodes alternatives de rémunération, les limites maximum de revenu, les guides d'équivalence des taux et autres sujets similaires intéressant les membres;
 - D. l'aperçu des facilités disponibles, tels la fermeture de lits ou d'hôpital et autres points semblables; et
 - E. les standards d'accessibilité aux ressources indispensables à la pratique de l'urologie, incluant les nouvelles technologies, le temps opératoire et les cédules de garde.
- (v) Le Comité socioéconomique se réunira annuellement lors du congrès annuel. D'autres réunions pourront être tenues, aux frais de l'association et avec la permission de l'Exécutif.
- (vi) Le président devra soumettre un rapport annuel par écrit à l'Exécutif et fera rapport aux membres annuellement lors de la séance d'affaires du congrès annuel.

LE COMITÉ DE RÉGLEMENTATION DE L'ACU A PROPOSÉ : DES DIRECTIVES SUR LA DYSFONCTION ÉRECTILE

Sommaire des recommandations

- Dysfonction érectile (DE) est le terme clinique retenu pour décrire l'incapacité à obtenir et à maintenir une érection pénienne suffisamment rigide pour permettre des relations sexuelles satisfaisantes.
- Le diagnostic et le traitement de la DE sont souvent très efficacement pris en charge par les médecins de première ligne.
- Les facteurs de risque sous-jacents associés à la DE sont les mêmes que pour les maladies cardiovasculaires en général. En conséquence, la DE peut être le signe avant-coureur d'une insuffisance vasculaire généralisée.
- Les médecins de première ligne, les urologues, les internistes, les psychiatres et autres professionnels de la santé devraient être encouragés à amorcer une discussion ouverte sur la sexualité de leurs patients afin d'identifier la possibilité d'une DE, problème qui risque de demeurer insoupçonné autrement.
- Souvent, une histoire méticuleuse, un examen physique avec glycémie, bilan lipidique et quelquefois dosage de testostérone sont suffisants pour poser un diagnostic de DE et débiter un traitement.
- Des facteurs organiques (physiques) sont fréquemment la cause de la DE chez la majorité des hommes. Néanmoins, des facteurs situationnels peuvent aussi jouer un rôle déterminant. L'identification de ces facteurs peut contribuer à augmenter l'efficacité du traitement.
- Une fois les causes réversibles de DE éliminées, l'essai d'une médication orale est recommandé comme traitement de première ligne en tenant compte de l'efficacité du traitement, des effets secondaires et de sa simplicité.
- Le recours à des tests plus spécialisés et la consultation sont réservés pour les cas où une connaissance plus approfondie de l'étiologie du problème est souhaitée par le patient/médecin et/ou en cas d'échec au traitement oral ou de traitement non approprié.
- Les thérapies de seconde ligne, bien que plus invasives que les agents oraux, sont généralement bien tolérées et efficaces.
- La chirurgie demeure une option importante pour les hommes chez qui un traitement médical est impossible et offre une solution durable et fiable à la DE.

Antécédents :

La dysfonction érectile est une condition très commune, qui affecte la qualité de vie de milliers de couples canadiens. De grands progrès ont été faits dans la compréhension de la pathophysiologie de l'érection qui ont conduit au développement de nouveaux agents thérapeutiques très efficaces et peu invasifs. Par le passé, le choix de traitement pour la DE

était laissé aux urologues. Durant des décennies, le traitement chirurgical (implants péniens malléables et gonflables) était la seule option valable. L'introduction d'agents vasoactifs intracaverneux au cours des années '80 a modifié le choix de traitement avec davantage de demande pour les traitements non chirurgicaux. Les médecins de première ligne ont rapidement acquis les aptitudes diagnostiques et thérapeutiques nécessaires et sont devenus les premiers dispensateurs de traitement pour cette condition. Depuis la mise en marché d'agents oraux efficaces, tels que les inhibiteurs de PDE-5, et la promesse d'une multitude d'autres agents sublinguaux (actuellement à l'état de projets de recherche), la DE est devenue davantage une entité clinique médicale. Les médecins omnipraticiens, internistes, cardiologues et autres spécialistes sont fréquemment consultés pour des problèmes de DE. Souvent, des relations amicales se développent entre le couple et le médecin traitant et une collaboration thérapeutique se forme, se traduisant souvent par une meilleure réponse clinique à l'approche thérapeutique choisie. Un modèle de traitement partagé où les intervenants de première ligne identifient le problème de DE et traitent les patients et où les cas plus complexes sont référés à des spécialistes, est une option valable. L'expérience combinée et les connaissances de l'intervenant de première ligne et du spécialiste peuvent résulter idéalement en soins de qualité pour le patient. En dépit de ces changements dans l'approche du traitement de la DE et le rôle de plus en plus important joué par les autres intervenants de la santé, les urologues jouent un rôle essentiel dans le traitement de la DE pour plusieurs raisons :

1. Dans certains cas, une difformité pénienne peut être la cause de la DE (nécessitant souvent une chirurgie correctrice).
2. La thérapie vasoactive intracaverneuse et intraurétrale est considérée par quelques omnipraticiens comme une technique invasive qu'ils sont incapables ou réticents à enseigner aux patients.
3. Auparavant, les urologues étaient les spécialistes consultés pour la DE et sont toujours les premiers consultés pour les cas difficiles qui ne répondent pas à la thérapie orale.
4. Chez un faible pourcentage de la population (souvent les hommes avec une maladie vasculaire sévère ou un diabète mal contrôlé) les approches non chirurgicales peuvent ne pas être efficaces et une intervention chirurgicale s'avère alors nécessaire chez ces patients difficiles à traiter.
5. Des études sont en cours actuellement dans plusieurs laboratoires d'urologie à travers le monde pour évaluer les répercussions fondamentales et cliniques de la DE.

C'est pour cette raison que le Comité de réglementation de

l'Association canadienne d'urologie, en association avec le Conseil canadien sur la santé sexuelle de l'homme a entrepris de développer une approche de traitement pour le patient atteint de DE. Il s'agit d'un domaine qui progresse rapidement et il existe maintenant un choix de plusieurs nouvelles méthodes thérapeutiques disponibles pour les médecins et les patients. Nous avons basé nos suggestions thérapeutiques sur la littérature avec comités de pair, le comité de consensus de l'OMS de 1999 et la recherche actuelle sur les nouvelles approches médicales pour le traitement de la DE. Nous avons utilisé ces commentaires et recommandations pour les adapter aux patients canadiens.

Objectifs visés :

1. Aider le patient et sa partenaire à établir des objectifs de traitement
2. Choisir des tests diagnostiques fondés sur les plaintes des patients et les buts visés
3. Utiliser des tests diagnostiques qui ont un bon rapport qualité/prix et en fonction du choix de traitement
4. Poser un diagnostic et expliquer la cause probable de la DE au patient et à sa partenaire
5. Présenter un choix de traitement de même qu'une information détaillée sur le coût, les chances de succès et les effets secondaires
6. Opter pour le traitement le moins invasif qui répondra aux attentes du patient et de sa partenaire
7. Informer le patient des risques liés au traitement et de ses bénéfices, et lui offrir un support pour augmenter les chances de succès du traitement.
8. Aider à rétablir des relations sexuelles les plus normales possibles chez le couple
9. Préférer les approches réversibles

Approche du traitement

Diagnostic

1. Déterminer si le problème est une DE et non une éjaculation précoce ou une dysfonction sexuelle due à une autre cause (maladie de Peyronie, absence de libido).
2. Déterminer la date du début des problèmes, sa nature et ses conséquences sur le couple.
3. Examiner la possibilité d'une cause réversible au problème de DE (médication, stress, dépression, hormones, tabac, alcool, drogues, particularités du partenaire).
4. Établir une étiologie probable sous-jacente basée sur l'histoire, l'examen physique et les examens de laboratoire (optionnels). Le schéma utilisé est :
 - Vasculaire
 - Endocrinienne
 - Neurologique
 - Situationnelle
 - Pénienne (déformité)
 - Combinée

Méthodologie

1. Histoire et questionnaire clinique (ceci est l'élément le plus important de l'évaluation de la DE)
2. Examen physique (systèmes nerveux et artériel essentiels à l'érection)
3. Utilisation de questionnaires conventionnels (IIEF*, SHIM*).
4. Laboratoires : glucose, tests hormonaux (testostérone totale/biodisponible), bilan lipidique
5. Consultations en sous-spécialités (endocrinologie, psychologie, cardiologie)
6. Tests spécialisés :
 - a) Test combiné avec injection et stimulation (CIS)
 - b) Test de tumescence pénienne nocturne (Rigiscan)
 - c) Doppler duplex avec injection pénienne de substance vasoactive ou sildénafil
 - d) Cavernosographie et cavernosométrie avec infusion (DICC)
 - e) Angiogramme pénien

Voir l'appendice ci-joint :

- * Inventaire de la santé sexuelle pour les hommes
- * Index international de la fonction érectile

Options de traitement

1. Counseling sexuel (il peut s'agir d'une variété d'approches, partant d'une discussion franche avec l'omnipraticien jusqu'à la consultation avec d'autres intervenants comme des sexologues et des psychiatres spécialisés dans l'apprentissage de rapports intimes)
2. Thérapie orale (PDE-5 et hormonale)
3. Thérapie par vacuum
4. Thérapie locale (agents intraurétraux ou intracaverneux)
5. Chirurgie :
 - a) Implant pénien
 - b) Correction chirurgicale de la maladie de Peyronie
 - c) Pontage vasculaire (réservé habituellement aux jeunes hommes suite à un traumatisme vasculaire pénien)

Diagnostic

Histoire

Il s'agit de la pierre angulaire de l'évaluation de la dysfonction érectile et sexuelle. L'histoire permettra de poser le diagnostic probable dans la majorité des cas. Il existe une variété d'approches pour obtenir l'histoire; idéalement, un professionnel de la santé compréhensif encouragera le couple à raconter ses problèmes et à exprimer ses attentes de façon détendue.

Élément de l'histoire

- Déterminer les points spécifiques reliés à la DE (début, sévérité, signification et circonstances)

- Désir sexuel, relation de couple, stress à la maison, au travail
- Douleur au niveau des organes génitaux ou malformation
- Habitudes de vie : tabagisme, abus de substances
- Condition associée : hypertension, maladie vasculaire périphérique, diabète, maladie rénale
- Chirurgie pelvienne, radiothérapie
- Médicaments
- Maladie ou condition psychiatrique

Questionnaires

L'utilisation de questionnaires standards peut être d'une grande utilité. Ils peuvent être utilisés par le patient et fournissent efficacement, sans être agressifs, une grande partie de l'information. Il existe un grand nombre d'outils valables conçus pour évaluer la fonction sexuelle et érectile. La plus grande utilité de ces questionnaires est l'évaluation de la réponse thérapeutique et de la satisfaction générale suite au traitement durant une période de temps déterminée (i.e. 4 semaines). L'Inventaire de la santé sexuelle pour les hommes (SHIM) est inclus dans l'appendice ci-joint.

Examen physique

Le groupe consensuel est arrivé à la conclusion que l'examen physique est le plus utile lorsque pratiqué de façon spécifique et orienté vers les systèmes vasculaire et endocrinien. Il existe un rapport important entre la dysfonction érectile et la maladie vasculaire périphérique ou les syndromes coronariens latents. L'examen devrait inclure l'aspect général du patient (caractéristiques sexuelles secondaires) l'évaluation de la circulation périphérique et l'examen des systèmes neurologique et génito-urinaire. Les malformations pénienues seront plus évidentes sur le pénis en érection ou en étirant le pénis pour permettre d'identifier la plaque.

Examens

Le test de dépistage du diabète peut se faire par une glycémie à jeun ou HbA1c. Bien que recommandé par le jury consensuel de l'OMS, un bilan lipidique n'est pas un examen de routine qui fait partie du bilan canadien pour la DE mais est considéré comme une bonne initiative et est un outil diagnostique valable.

L'évaluation du profil hormonal demeure un aspect controversé de l'évaluation de routine de la DE. Dans l'algorithme ci-joint quelques approches de choix sont suggérées et décrivent la variété d'opinions proposées par le groupe consensuel. Selon un accord général, le test de testostérone et le traitement au besoin sont des mesures appropriées chez les hommes atteints de DE avec absence de libido. Chez les hommes atteints de DE mais avec une libido normale, la nécessité des tests est controversée et actuellement aucune directive n'a été établie. Néanmoins, sans tenir compte de ce document, le supplément hormonal est contre-indiqué chez les hommes atteints de cancer du sein ou

de la prostate. Une fois la testostérone exogène débutée, un follow-up régulier est essentiel. Des tests complémentaires tels que STH, LH, prolactine, FSC et analyse d'urine ne sont pas considérés comme essentiels dans la plupart des cas de DE.

Examens spécialisés

Évaluation psychologique/psychiatrique. Ces évaluations donnent souvent des informations complémentaires importantes sur la relation de couple et les facteurs situationnels à la base de la DE. Le manque de disponibilité de ces tests et leurs coûts limitent leur utilisation dans la plupart des cas.

Test de TPN

Il s'agit d'un outil peu invasif servant à mesurer et à enregistrer les épisodes érectiles nocturnes (tumescence pénienne nocturne). Lorsque absents, peu d'information en découle. Normalement, 2 à 5 épisodes érectiles avec rigidité significative sont enregistrés et il est possible de constater un axe neurovasculaire normal. Sa plus grande utilité réside dans les causes médico-légales et les études pharmacologiques pour évaluer les conséquences du traitement.

Examen vasculaire

Il existe une variété d'examen vasculaires. Autrefois, une évaluation de l'IBP ou index brachial pénien était faite. Ce test non invasif indique la pression pénienne, de façon similaire à l'index de pression au bras, et fournit un indice de la pression vasculaire pénienne. L'inconvénient est que l'artère pénienne dorsale contribue à cet index mais ne joue aucun rôle dans la fonction érectile. Aujourd'hui, les tests de Doppler pénien sont disponibles dans la plupart des centres de recherche. L'utilisation de l'échographie pour localiser et mesurer la capacité et le débit à travers les vaisseaux caverneux, pré et post injection vasoactive, permet une évaluation plus précise de la circulation pénienne. Ce test est pratiqué de moins en moins au Canada depuis l'apparition des médicaments oraux efficaces. Bien que peu invasive, cette étude demeure utile dans le cas d'injection intracaverneuse. La logique d'avoir recours à un test invasif qui peut ne pas changer le choix du traitement est la raison pour laquelle il est peu utilisé. Des rapports récents sur l'utilisation du sildénafil avant l'échographie pour évaluer le flot pénien nous sont parvenus. Toutefois, cette approche est encore expérimentale.

Une autre approche pour évaluer le système vasculaire pénien est le DICC (dynamique avec infusion cavernosométrie et cavernosographie). Un grand nombre d'études diagnostiques existent pour cette procédure, toutes visant à déterminer l'efficacité du mécanisme d'engorgement sanguin (le mécanisme véno-occlusif). En bref, un colorant et du liquide sont injectés dans le pénis pour provoquer une érection. La pression intra-pénienne maximum et minimum est mesurée

sous visualisation radiologique des veines du pénis et indique l'existence d'un mécanisme véno-occlusif approprié ou non.

Le test diagnostique le plus invasif réservé généralement dans les cas de priapisme à haut débit ou en prévision d'un pontage vasculaire est l'angiogramme pénien. Ce test permet la visualisation de la circulation pénienne d'embolisation sélective dans les rares cas de priapisme à haut débit suite à un traumatisme pénien.

Test endocriniens

Le choix des tests préconisés dans la DE est encore controversé. Une testostérone totale ou biodisponible faite le matin est un choix valable lorsque l'intérêt sexuel et le volume d'éjaculat très diminué sont les raisons de la consultation. Le dosage de la testostérone libre peut varier significativement selon la méthode utilisée, ce qui peut limiter son utilité clinique.

Tests neuro-physiologiques

Cette forme de test sert généralement à mesurer l'arc du réflexe sacré et donne une mesure indirecte de l'intégrité neurale

périnéale. Des tests pour mesurer directement le système nerveux nonadrénergique non cholinergique par biopsie ou électrodes cutanées se sont avérés de peu d'utilité clinique à notre époque.

Conclusions

1. Une histoire minutieuse et un examen physique sont des éléments essentiels pour l'investigation pour DE dans la plupart des cas.
2. Une investigation de base incluant la glycémie à jeun et le dosage de la testostérone est recommandée.
3. Une approche thérapeutique par algorithme utilisant des moyens peu invasifs est recommandée.
4. Dans quelques cas où une information plus détaillée est souhaitée ou s'il y a échec de la médication orale initiale, des essais de traitements plus invasifs ou des investigations peuvent être appropriés.
5. La chirurgie devrait être réservée aux hommes chez qui un traitement réversible moins invasif s'est soldé par un échec ou est contre-indiqué.
6. Le traitement devrait être individualisé et un suivi assuré afin d'évaluer l'efficacité du traitement.

DYSFONCTION ÉRECTILE : APPENDICE

