

ETUDE DE PREVALENCE ET DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, CLINIQUES ASSOCIEES AU DYSFONCTIONNEMENT ERECTILE EN MILIEU HOSPITALIER DANS LA REGION DE DAKAR (SENEGAL)

STUDY OF PREVALENCE AND THE SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH ERECTILE DYSFUNCTION IN HOSPITAL PATIENTS IN THE REGION OF DAKAR (SENEGAL)

LEYE MMM¹, NDIAYE P², DIOP C T³, THIAM N M⁴, FALL DIOP F⁵, KA O⁶, SECK I⁷, TAL-DIAA⁸.

1. Assistant au service de Médecine Préventive et Santé Publique, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Université Cheikh Anta DIOP (UCAD), DAKAR
2. Maître de conférences agrégé, UFR Santé, UGB, Saint-Louis
3. Enseignant à l'UFR santé communautaire, Université de Bambey
4. Médecin généraliste, Dakar
5. Spécialiste de santé publique, Médecin Chef du centre de santé de Ouakam de Dakar
6. Enseignant à l'UFR santé communautaire de l'université de Bambey, responsable du plan Sesame au Ministère de la santé et de l'action sociale
7. Maître de conférences agrégé au service de Médecine Préventive et Santé Publique, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie, Directeur des études de l'ISED, UCAD, DAKAR
8. Professeur au service de Médecine Préventive et Santé Publique, Chef de service, Directrice de l'ISED, UCAD,

Correspondance : Dr Mamadou Makhtar MBacké LEYE, Email: mamadou.leye@yahoo.fr

Résumé

Introduction : La présence d'un dysfonctionnement érectile (DE) chez une personne nécessite une recherche étiologique en vue de sa prise en charge. L'objectif de ce travail était d'étudier la prévalence et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées au dysfonctionnement érectile dans la région de Dakar.

Méthodologie : Une étude transversale, descriptive et analytique a été réalisée du 18 mars au 02 juin 2013. Elle s'était déroulée au niveau du Centre de Gérontologie et de Gériatrie de Ouakam et de l'hôpital Général de Grand Yoff. Etaient inclus dans l'étude tout homme d'âge supérieur ou égal à 18 ans et ayant accepté de participer à l'enquête. Un échantillonnage exhaustif a été mené durant la période. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi Info 3.3.5.

Résultats : Les personnes enquêtées étaient au nombre de 311. L'âge variait entre 18 et 90 ans, avec une moyenne de 53,6 ±18,6 ans. Les mariés prédominaient et représentaient 81%. Ils avaient une activité professionnelle dans 73,3% des cas. Les patients avaient une co morbidité comme l'hypertension artérielle (38%), la coronaropathie (6%) et une insuffisance rénale (15,7%). L'étude avait trouvé que 46% des sujets interrogés souffraient de DE. Les personnes âgées d'au moins 60 ans OR=1,7 (1,1-2,7), provenant hors de Dakar OR=2,5 (1,2 - 5,3) sans activité professionnelle OR = 1,7 (1,1-3,3), avec une co-morbidité telle que l'hypertension artérielle OR=3,8(2,4 - 6,2), la coronaropathie OR = 4,5 (1,5-12,3), le diabète 4,1 (2,4- 7,1) étaient plus enclines au DE.

Conclusion : L'amélioration du niveau de vie des

personnes et la prévention l'hypertension artérielle et du diabète sont nécessaires pour la réduction de la prévalence du DE au sein de la communauté.

Mots clés : Dysfonctionnement érectile, Sénégal.

Abstract

Introduction: The presence of erectile dysfunction (ED) in a person requires an etiologic research to its management. The objective of this study was to assess the prevalence and sociodemographic and clinical characteristics associated with erectile dysfunction in the Dakar region.

Methodology: A cross-sectional, descriptive and analytical study was conducted from 18 March to 2 June 2013, took place at the Center for Gerontology and Geriatrics Ouakam and the General Hospital of Grand Yoff. Was included in the study all age man greater than or equal to 18 years and who agreed to participate in the survey. Extensive sampling was conducted during the period. Entry and data analysis were performed using Epi Info 3.3.5 software.

Results: The respondents were among 311. The age ranged between 18 and 90 years, with a mean of 53.6 ± 18.6 years. Married predominated, accounting for 81%. They had a professional activity in 73.3% of cases. Patients had co morbidity such as hypertension (38%), coronary artery disease (6%) and renal failure (15.7%). The study found that 46% of respondents were suffering from ED. Seniors aged at least 60 years OR = 1.7 (1.1 - 2.7) originating from outside Dakar OR = 2.5 (1.2 - 5.3) unemployed OR = 1.7 (1.1 - 3.3), with a co morbidity such as hypertension OR = 3.8 (2.4 - 6.2), coronary artery disease OR = 4.5

(1.5 - 12.3), diabetes 4,1 (2.4 - 7.1) were more likely to present ED.

Conclusion: Improving the standard of living of people and preventing high blood pressure and diabetes are needed to reduce the prevalence of ED in the community.

Keywords : Erectile Dysfunction, Senegal.

INTRODUCTION

La sexualité reste synonyme de puissance et d'énergie alors que l'homme âgé est souvent considéré comme fragile, inactif et amputé de sa virilité [1]. La dégradation de la sexualité des hommes est un des mythes sexuels les plus tenaces [2]. Environ 322 millions d'hommes à travers le monde devront développer la dysfonction érectile (DE) d'ici l'an 2025, la majeure partie des cas sera enregistrée dans les pays en développement au niveau de l'Afrique, l'Asie et l'Amérique du Sud. L'Afrique aura une augmentation de 169% de 1995 à 2025 [3].

En Afrique, la prévalence des DE est sous estimée dans la plupart des pays. Les chiffres varient d'une zone à l'autre du fait de l'absence de grandes enquêtes épidémiologiques pouvant apporter des bases de données fiables. Au Nigeria, la prévalence du DE est de 46,9% [4]. Au Sénégal, des études épidémiologiques ont rapporté une prévalence de 16% de DE chez des diabétiques [5]. Une autre réalisait en 2009 sur une population dialysées a retrouvait une prévalence globale de 81,5% de DE chez les hémodialysés [6]. En Afrique noire, comme au Sénégal, il existe peu de données sur le DE car il s'agit d'un sujet tabou ou abordé avec beaucoup de pudeur. Ce travail a pour objectifs d'estimer la prévalence et d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées au DE dans la région de Dakar.

CADRE D'ÉTUDE

La région de Dakar est située à l'extrême ouest du Sénégal. C'est une presqu'île qui s'étend sur 550 Km². L'étude s'était déroulée dans deux structures sanitaires de la région de Dakar du Sénégal : le centre gériatrique et de gérontologie de Ouakam (CGGO) et l'hôpital général de Grand Yoff (HOGGY). Le CGGO est une structure de soins située dans la commune d'arrondissement de Ouakam, qui est une des 19 communes de la région de Dakar. Il contribue à élargir la capacité d'accueil de l'hôpital militaire de Ouakam pour mieux prendre en charge toutes les couches de la population mais surtout les personnes âgées de 60 ans et plus. Actuellement, les prestations offertes dans le CGGO sont d'ordre curatif et préventif avec notamment une consultation externe quotidienne constituée des spécialités suivantes : géronto-géria-

trie, cardiologie, urologie, dermatologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, psychiatrie, gynécologie et kinésithérapie. Le CGGO est doté d'un service de radiologie, d'échographie et de fibroscopie. Les deux blocs opératoires ne fonctionnent que pour la chirurgie urogénitale depuis leur ouverture en mars 2009. HOGGY est situé à la commune d'arrondissement de Grand Yoff. C'est un hôpital national abritant plusieurs services : orthopédie et de traumatologie; urologie et andrologie ; chirurgie générale ; gynécologie obstétrique et de maternité; ophtalmologie; odontostomatologie; ORL et de chirurgie cervico-faciale; médecine interne; cardiologie; pédiatrie ; consultations externes; bloc opératoire central; biologie ; radiologie; explorations fonctionnelles ; anatomie pathologique et médecine nucléaire.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique. L'étude concernait toutes les personnes de sexe masculin qui venaient se faire consulter au niveau du CGGO et de l'hôpital de HOGGY. Était inclus dans l'étude tout homme d'âge supérieur ou égal à 18 ans et ayant accepté de participer à l'enquête après avoir lu le formulaire de consentement éclairé. Était non inclus dans l'étude tout homme ne pouvant pas répondre correctement aux questions, compte tenu surdité et/ou mutité.

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif d'une profonde altération de l'état de santé et d'un état de la période du 18 mars au 02 juin 2013. Toute personne ayant rempli les critères d'inclusion était retenue. Les données étaient collectées à partir d'un questionnaire. Ces questions portaient sur plusieurs variables réparties en trois parties : les caractéristiques sociodémographiques, le diagnostic clinique et la fonction érectile.

Les caractéristiques sociodémographiques portaient sur : l'âge ; la situation matrimoniale ; le régime matrimonial ; le nombre d'épouses; la résidence ; la zone de provenance ; l'activité professionnelle. Le diagnostic clinique des patients portait sur la recherche d'affections lors des consultations. L'évaluation de la fonction érectile était faite sur la base de l'Index International de la Fonction Erectile (IIEF) simplifié en 5 questions: IIFE 5. L'IIEF 5 est la partie de l'IIEF 15 qui permet de dépister le DE. Le DE est léger quand le score de l'IIEF5 est, après évaluation des fonctions sexuelles, compris entre 16 et 20 points. Il est modéré lorsque le score est compris entre 11 et 15 points. Il est sévère quand le score est entre 5 et 10 points. Les patients étaient recrutés après la consultation médicale. Cependant, avant tout entretien, le consentement éclairé de la personne était obtenu. Un dépouillement des fiches de consultation et/ou des registres des patients a été effectué pour compléments des informations (co-morbidités). Le

questionnaire était administré au patient lors d'un entretien individuel. Les données étaient analysées grâce au logiciel Epi info 2000 version 3.3.5, avec deux parties : descriptive et analytique. La partie descriptive était réalisée par le calcul des fréquences et de leurs intervalles de confiance à 95% pour les variables qualitatives ; des moyennes et de leurs écarts-types pour les variables quantitatives. La partie analytique a permis la comparaison des fréquences avec le test du Chi2 avec une significativité à $p < 0,05$. En cas de lien statistiquement significatif l'odds ratio (OR) entouré de son intervalle de confiance a été calculé pour déterminer la force du lien.

RÉSULTATS

Etude descriptive

Au terme de la collecte, 311 hommes étaient colligés durant la période.

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge variait entre 18 et 90 ans, avec une moyenne de $53,6 \pm 18,6$ ans. La médiane et le mode étaient respectivement de 54 ans et 32 ans. Les patients âgés d'au moins 60 ans représentaient 42,1% de la population enquêtée.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients

Caractéristiques sociodémographiques	Modalités	Effectif	%
Age (ans)	< 60 ans	211	67,9
	≥ 60 ans	131	42,1
Situation matrimoniale	Marié	252	81
	Célibataire	53	17
	Divorcé	5	1,6
	Veuf	1	0,4
Régime matrimonial	Monogame	170	67,3
	Polygame	82	32,7
Nationalité	Sénégalaise	302	97,1
	Autres	9	2,9
Résidence	Zone urbaine	191	61,3
	Zone rurale	120	38,7
Provenance	Dakar	284	91,3
	Autres régions	26	8,4
	Etranger	1	0,3
En activité professionnelle	Oui	227	73
	Non	84	27

Co-morbidités

Les patients avaient des pathologies neurologiques, cardiovasculaires et urogénitales respectivement dans 39,5%, 56,6% et 27% des cas (tableau II).

Tableau II : Co-morbidité des patients

Co-morbidités	Effectif	%
Pathologies neurologiques	123	39,5
Neuropathies	117	37,6
AVC	5	1,6
Autre	1	0,3
Pathologies cardiovasculaires	176	56,6
HTA	119	38,3
Insuffisance cardiaque	38	12,2
Coronaropathie	19	6,1
Pathologies urogénitales	84	27
HBP	16	5,1
Pathologie génito-scrotale	15	4,8
Prostatectomie	12	3,9
Infection urogénitale	10	3,2
Pathologie vésicale	8	2,6
DE	7	2,3
Prostatisme	5	1,6
Rétrécissement urétral	5	1,6
Autres	6	1,9
Pathologies digestives	35	11,3
Hernie inguinale	15	4,8
Hémorroïdes	8	2,6
Gastrite	6	1,9
Autres	6	1,9
Diabète	81	26
Pathologies dermatologiques	12	3,9
Dermatose	9	2,9
Autres	3	1
Autres pathologies (Hématologiques, ostéoarticulaires...)	17	5,5

Evaluation de la fonction érectile

L'étude avait trouvé que 46% des sujets interrogés souffraient de DE.

Tableau III: Répartition des sujets selon les stades de l'IIEF5

Résultats selon IIEF5	Effectif	%
Fonction érectile normale	168	54
DE léger	97	31,2
DE modéré	18	5,8
DE sévère	14	4,5
Inclassable	14	4,5
Total	311	100

Etude analytique

DE en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Il y'avait un lien statistiquement significatif entre la classe d'âge, la provenance, l'activité professionnelle et la survenue de DE ($p < 0,05$) (tableau IV). Les personnes âgées d'au moins 60 ans avaient 1,7 fois plus

de risque d'avoir un DE par rapport à celles âgées de moins de 60 ans. Celles qui provenaient hors de Dakar avaient 2,5 fois plus de risque d'avoir un DE par rapport à ceux de Dakar. Les personnes sans activité professionnelle avaient moins de risque d'avoir un DE par rapport à celles qui avaient une activité professionnelle (tableau IV).

DISCUSSION

Limites de l'étude

Cette étude s'était déroulée en milieu hospitalier pour contourner certains tabous qui entourent cette maladie. Néanmoins, 54 personnes ont refusé de répondre au questionnaire malgré les explications du but et

Tableau IV : Analyse des caractéristiques sociodémographiques en fonction du dysfonctionnement érectile

Caractéristiques	Modalités	Dysfonctionnement érectile			
		Oui	Non	p	OR (IC)
Age (ans) *	[60 – 90]	67 (48,9%)	70 (51,1%)	0,018	1,7 (1,1-2,7)
	[18 – 60[62 (35,6%)	112 (64,4%)		
Provenance *	Hors Dakar	22 (62,9%)	13 (37,1%)	0,011	2,5 (1,2 - 5,3)
	Dakar	115 (40,5%)	169 (59,5%)		
Mariés	Oui	110 (43,5%)	143 (56,5%)	0,7	
	Non	27 (40,9%)	39 (59,1%)		
Régime matrimonial	Polygame	42 (51,2%)	40 (48,8%)	0,06	-
	Monogame	67 (39,1%)	104 (60,9%)		
Sans activité * professionnelle	Oui	48 (52,7%)	43 (47,3%)	0,025	1,7 (1,1-3,3)
	Non	81 (36,6%)	161 (63,4%)		

* : lien statistiquement significatif

DE en fonction des co-morbidités

Parmi les co-morbidités, il y'avait un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir une HTA, une coronaropathie, un diabète et la survenue de DE ($p < 0,05$). Les personnes qui étaient hypertendus avaient 3,8 fois le risque d'avoir un DE par rapport aux autres. Celles qui avaient une coronaropathie avaient 4,5 fois le risque d'avoir un DE par rapport aux autres. Les patients diabétiques avaient 4,1 fois le risque d'avoir un DE par rapport aux non diabétiques ($p < 0,05$) (tableau V).

des objectifs de l'étude. Le principal motif de refus était une gêne par rapport à l'abord d'un tel sujet.

L'autre limite était la non prise en compte du traitement. En effet, la responsabilité d'un médicament dans le DE était difficile à apprécier, puisqu'il s'agissait souvent de traitements associés. Selon certains auteurs, l'interprétation du rôle joué par un médicament donné dans la présence du DE est rendue difficile du fait de l'intrication entre prise de médicaments et co-morbidités [7]. Malgré ces limites, les résultats obtenus nous ont permis de faire la discussion suivantes.

Tableau V : Analyse des pathologies associées en fonction du dysfonctionnement érectile

Co-morbidités		Dysfonctionnement érectile			
		Oui	Non	p	OR (IC)
HTA*	Oui	72 (61,5%)	47 (38,5%)	0,0001	3,8(2,4– 6,2)
	Non	57 (29,4%)	137 (70,6%)		
Coronaropathie*	Oui	14 (73,7%)	5 (26,3%)	0,003	4,5 (1,5–12,3)
	Non	115 (39,4%)	177 (60,6%)		
Neuropathies périphériques	Oui	51 (43,6%)	66 (56,4%)	0,55	-
	Non	78 (40,2%)	116 (59,8%)		
HBP	Oui	9 (56,2%)	7(43,8%)	0,21	-
	Non	120(40,6%)	175(59,4%)		
Hernie inguinale gauche	Oui	120(40,5%)	176 (59,5%)	0,13	-
	Non	9 (60%)	6 (40%)		
Diabète*	Oui	54 (66,7%)	27 (33,3%)	0,0001	4,1 (2,4– 7,1)
	Non	75 (32,6%)	155 (67,4%)		

* : lien statistiquement significatif

Prévalence du DE

La revue de la littérature réalisée en 2004 lors de la 2ème Consultation Internationale sur les Dysfonctions Sexuelles a permis de conclure que la prévalence du DE dans la population générale est globalement inférieure à 10 % avant 40 ans, de 10% à 30 % entre 40 et 59 ans, de 20% à 40 % entre 60 et 69 ans et de 50% à 75 % après 70 ans [9]. Celle-ci est faible; comparée aux études faites au Ghana (59,6%) [10]. Dans notre série, la prévalence globale du DE était de 46%. La situation est plus alarmante en Arabie Saoudite où la quasi-totalité des patients enquêtés avaient le DE soit 92,6% [11]. Par ailleurs, la prévalence retrouvée dans notre étude reste plus élevée que celles menées dans la province de Konya (14,5%) et aux Etats Unis (18,4%) [12,13] Ceci dénote la problématique du DE au sein de la population. Sa réduction nécessite au préalable une identification de ses déterminants pour des actions de lutte ciblées.

Caractéristiques sociodémographiques et DE

La prévalence du DE dans notre étude augmentait nettement avec l'âge passant de 35,6% avant 60 ans à 48,9% après 60 ans, comme rapportées dans une étude menée au Kenya [14]. De même, en France où la prévalence du DE augmente nettement avec l'âge, passant de 15% chez les moins de 45 ans à 44% après 45 ans [15]. D'autres études ont montré que les personnes âgées accordent moins d'importance sur le sexe, probablement en raison de facteurs liés au vieillissement, tels que des problèmes de santé ou de la perte d'un partenaire sexuel régulier [16,17]. L'âge avancé constituait un facteur de risque de présence du DE, car les personnes âgées d'au moins 60ans avaient 1,7 fois le risque de faire un DE par rapport aux autres. Les résultats de ces études démontraient que le vieillissement est donc non seulement responsable d'une augmentation de la prévalence du DE.

La distribution du DE en fonction de la zone de provenance était variable avec une prédominance des sujets venant de hors Dakar (62,9%). Il semblerait que le risque d'avoir un DE était 2,5 fois plus importante chez le sujets venant hors de Dakar. Ceci pourrait être lié à l'inaccessibilité géographique et financière des structures sanitaires ainsi qu'au manque d'informations par rapport à cette pathologie souvent notée au niveau de certaines zones où il y'a un manque de spécialistes capables de prendre en charge le DE. Il faut noter que ces derniers se concentrent dans la région de Dakar.

Dans notre série, la prévalence du DE était aussi plus élevée chez les mariés 43,5% contre 40,9% chez les non mariés. Selon le régime matrimonial, la prévalence du DE était plus importante chez les polygames (51,2%) contre (39,1%) chez les monogames. Mais il n'y avait pas de lien statistiquement significatif

entre le statut marital, le régime matrimonial et la survenue de DE. Par contre, dans l'étude de Idung AU menée au Nigéria, les mariés souffrant de DE étaient significativement plus élevés par rapport aux autres et ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des rapports sexuels [18]. Par conséquent, au sein de ces couples, des sentiments de frustration peuvent se manifester en cas de relations intimes sans succès. Ces moments désagréables peuvent conduire souvent aux divorces à l'absence d'une prise en charge précoce et efficace. Les repercussions négatives du DE dans la vie des couples comme l'anxiété de performance plus patente avec l'augmentation du nombre d'épouses sont largement abordées par Giti Ozgoli dans une étude menée à Tehran [19].

La prévalence du DE était plus importante chez les sujets sans activité professionnelle (52,7%) contre (36,6%) chez les sujets en activité. Il semblerait que l'absence d'activité professionnelle multiplie à 1,7 le risque de survenue du DE. Ceci pourrait être expliqué par le fait que l'incidence financière liée à la rémunération professionnelle permet, en effet d'aplanir les problèmes socio-économiques, psychologiques et d'instaurer un certain dialogue, élément de l'équilibre conjugal. D'autres auteurs démontrent le contraire, en effet, les hommes qui ont un bon niveau professionnel sont plus sujets à des performances sexuelles du fait du stress [20,21].

Pathologies cardiovasculaires et DE

Dans cette série, 38% des sujets présentaient une HTA et la prévalence du DE était nettement plus élevée chez eux (61,5%) contre (29,4%) chez les non hypertendus Il semble que le risque de présence de DE était 3,8 fois plus élevé chez les hypertendus et 4,5 fois chez les sujets présentant des coronaropathies. Ces résultats concordent avec ceux observés dans d'autres études. Ainsi, dans l'enquête Massachusetts Male Aging Study (MMAS), la prévalence du DE était de 39% chez des malades présentant une pathologie cardiovasculaire contre 9,6 % dans la population générale [8]. Burchardt et Coll ont rapporté, chez des patients hypertendus, une prévalence du DE de 68,3 %. Une forme sévère était retrouvée dans 45 % des cas suggérant que l'hypertension était capable de favoriser les formes sévères de dysfonction érectile [22]. Jensen et al ont observé que la principale cause de DE chez les individus hypertendus étaient un handicap dans la circulation sanguine au niveau du pénis, probablement en raison de l'athérosclérose [23]. Plusieurs études ont rapporté une prévalence élevée de DE chez les hypertendus par rapport aux normotendus [24, 25]. Hall et coll ont montré que le DE était un marqueur de risque cardiovasculaire et un signal d'alarme [25]. Il paraît donc évident que le DE représente un des premiers signes cliniques évidents de l'existence d'une pathologie vasculaire sous-jacente beaucoup plus diffuse [25]. Dans notre

étude, la prévalence du DE était significativement plus élevée (73,7%) chez les patients avec coronaropathies contre 39,4% chez les autres. De même, Sai Ravi Shanker A. et al expliquent que la maladie coronarienne et le DE sont étroitement liés, car ils sont les conséquences de la dysfonction endothéliale, conduisant à des restrictions de la circulation sanguine [26].

Pathologies neurologiques

Dans cette étude, parmi les pathologies neurologiques, les neuropathies représentaient 37,6%, et la prévalence du DE étaient plus élevée chez les sujets présentant des neuropathies (43,6%) contre (40,2%) pour les sujets sans neuropathies. Mais il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la présence de neuropathies périphériques et la survenue de DE. Ceci est en contradiction avec ceux retrouvés dans certaines études. En effet selon El Achhab, la neuropathie périphérique constituerait un processus physiopathologique conduisant au DE [27]. De même, Cour et coll estimaient que les atteintes neurologiques liées à des traumatismes pelviens réguliers et prolongés pourraient être à l'origine du DE [28].

Diabète et DE

La prévalence du DE était plus élevée chez les diabétiques (66,7%) contre (32,6%) chez les non diabétiques. Le risque de présence du DE était 4,1 fois plus élevé chez les diabétiques. Dans une étude méta-analytique, les diabétiques avaient 1,7 fois de présenter un DE par rapport aux non diabétiques [29]. En plus du lien entre le diabète et le DE démontré par ces auteurs, Ida Maiorino M dans son étude, explique que la longue durée du diabète chez un patient augmente le risque de survenue du DE [30].

Autres co-morbidités et DE

Dans cette étude, il n'y avait pas de lien entre la présence d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) et la survenue de DE ($p < 0,05$). Feldman et coll avaient retrouvé que les troubles du bas appareil urinaire (TUBA) en rapport avec une HBP étaient également très fréquents dans la population d'hommes de plus de 60 ans présentant un DE [31]. Pour Namasivayam et coll, plus les patients présentaient des symptômes urinaires irritatifs, notamment nocturnes, plus leur qualité de vie sexuelle était altérée, et ceci quel que soit l'âge [31]. De plus dans la littérature, la prévalence du DE chez les patients de plus de 50 ans présentant une HBP était de l'ordre de 60 %. Le lien direct entre HBP et DE semble donc fort et indépendant de l'âge ou d'autres comorbidités [32]. Une relation claire entre HBP, sévérité des troubles mictionnels et troubles de la sexualité est maintenant admise [26]. Ces résultats mettent au premier plan l'importance d'évaluer les troubles mictionnels chez

les patients présentant un DE ainsi que la nécessité de reconsidérer la sexualité dans la prise en charge des patients porteurs d'une hypertrophie bénigne de la prostate [26]. Par ailleurs, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la hernie inguinale et la survenue de DE. Il s'agissait de patients qui étaient opérés de hernies inguinales avec des complications comme le DE.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent que la prévalence du DE reste problématique en milieu hospitalier. Ce symptôme est souvent révélateur de pathologies ; d'où la nécessité d'un bon interrogatoire suivi d'examens clinique et paraclinique minutieux en vue de cerner la cause. Par ailleurs, dans cette étude, certaines caractéristiques socioéconomiques (l'âge, la provenance et l'activité professionnelle) et les comorbidités (HTA, coronaropathie, diabète) étaient associés au DE. Ainsi, l'amélioration du niveau de vie des populations, la prévention ou une prise en charge précoce de ces affections pourraient réduire considérablement le risque de survenue du DE. Une étude socio anthropologique sera envisagée en vue de comprendre le vécu des patients souffrant de DE au sein de leurs couples.

RÉFÉRENCES

1. Dudoret N, Lefebvre Des Noettes V. Facteurs de risque et prévention des troubles de la sexualité du sujet âgé: l'avis de la sexologue; l'avis de la géronto-psychiatre. *Diabétologie, Nutrition et Facteurs de Risque*. 2000 ; 6-54 : 296-300.
2. Buvat J, Amar E, Cambau O, Desvaux P, Gout A, Leriche A. Comparaison randomisée en double insu d'injection intracaverneuse d'Alprostadil-Alfadex et de chlorhydrate de moxisylyte dans 156 cas de dysfonction érectile chronique. *Androl*. 1998 ; 8 : 204-212.
3. Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int*. 1999;84(1):50-56.
4. Oladiji F, Kayode OO, Parakoyi DB. Influence of socio-demographic characteristics on prevalence of erectile dysfunction in Nigeria. *Int J Impot Res*. 2013 Jan;25(1):18-23.
5. Gueye SM, Diop SN, Ba M, Dagadou EK, Fall PA, Sow MA, Mensah A. La dysfonction érectile chez les diabétiques. Profil épidémiologique au Sénégal. *Prog Urol*. 1998 Jun;8(3):377-81.
6. Seck SM, Dahaba M, Diouf B, Cisse MM, Gueye S, Ka EF, Niang A. The burden of erectile dysfunction in dialysis patients in Senegal. *Hemodial Int*. 2011 Apr;15(2):280-3.
7. AIHUS. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. *ANAES* 2010; 229p.
8. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging

- Study. *J Urol* 1994;151:54–61.
9. Palazzi J. Dysfonction érectile du diabétique et attitudes des médecins généralistes et endocrinologues; enquête auprès de 130 patients. [Thèse Méd]. Paris XII : Université Paris Val-de-Marne faculté de médecine de Creteil ; 2006.
10. Amidu N, Owiredu WK, Woode E, Addai-Mensah O, Gyasi-Sarpong KC, Alhassan A. Prevalence of male sexual dysfunction among Ghanaian populace: myth or reality? *Int J Impot Res*. 2010 Nov-Dec;22(6):337-42.
11. El-Sakka AI. Association of risk factors and medical comorbidities with male sexual dysfunctions. *J Sex Med*. 2007 Nov;4(6):1691-700.
12. Yilmaz E, Esra Zeytinci I, Sari S, Fatih Karababa I, Savaş Cilli A, Kucur R. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Turk Psikiyatri Derg Summer* 2010;21(2):126-34.
13. Selvin E, Burnett AL, Platz EA. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. *Am J Med* 2007;120:151–7.
14. Gray P, Campbell B. Erectile dysfunction and its correlates among the Arianal of northern Kenya. *Int J Impot Res*. 2005 Sep-Oct;17(5):445-9.
15. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Prog. Urol*. 2003; 13 :85-91.
16. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357:762–74.
17. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: Age or disease? *Int J Impot Res*.2005;17(suppl 1):S52–6.
18. Idung AU, Abasiubong F, Ukott IA, Udoh SB, Unadike BC. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in Niger delta region, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2012 June; 12(2): 160–165.
19. Giti Ozgoli, Saeideh Ziaei, Fazlollah Ahmadi, Mahyar Azar. Transition Stages in Adjustment of Wives With Their Husbands' Erectile Dysfunction. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 March; 16(3): e16594.
20. Billups KL, Bank AJ, Padma-Nathan H, Katz SD, Williams RA. Erectile dysfunction as a harbinger for increased cardiometabolic risk. *Int J Impot Research*. 2008;20:236–242.
21. Pinnock CB, Stapleton AM, Marshall VR. Erectile dysfunction in the Community: a prevalence Study. *Med J*.1999;171:353–357.
22. Burchardt M, Burchardt T, Baer L, Kiss AJ, Pawar RV, Shabsigh A et al. Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *J Urol*. 2000 Oct;164(4):1188-91.
23. Jensen J, Lendorf A, Stimpel H, Frost J, Ibsen H, Rosenkilde P. The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *American Journal of Hypertension*. 1999;12(3):271–275.
24. Aranda P, Ruilope LM, Calvo C, Luque M, Coca A, Gil de Miguel A. Erectile dysfunction in essential arterial hypertension and effects of sildenafil: Results of a Spanish national study. *Am J Hypertens*. 2004;17:139–45.
25. Moreira ED, Jr, Lbo CF, Diament A, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology*. 2003;61:431–6.
26. Sai Ravi Shanker, B. Phanikrishna, C. Bhaktha Vatsala Reddy. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease and it's severityA. *Indian Heart J*. 2013 March; 65(2): 180–186.
27. El Achhab Y, Berraho M, Benslimane A, Chrit M, El Hassani H, Lyoussi B et al. Diabète et dysfonction érectile au Maroc : étude épidémiologique auprès d'une population de consultants. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*.2008; 14 (5).
28. Cour F, Fabbro-Peray P, Cuzin B, Bonierbale M, Bondil P, de Crecy M, et al. Recommendations to general practice doctors for first line management of erectile dysfunction. *Prog Urol* 2005;15:1011-1020.
29. Yamada T, Hara K, Umematsu H, Suzuki R, Kadowaki T. Erectile Dysfunction and Cardiovascular Events in Diabetic Men: A Meta-analysis of Observational Studies. *PLoS One*. 2012; 7(9): e43673.
30. Ida Maiorino M, Bellastella G , Esposito k. Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2014; 7: 95–105.
31. Shamloul R, Ghanem H. La dysfonction érectile. *the Lancet*. 2013; 381: 153-165.
- 32.Rouprêta M, Seisena T, DeLaTaille A, Desgrand-champsc F. Troubles sexuels associés aux maladies de la prostate. *Prog Urol*. 2012; 22, S14-S20.