

PROFILE DU PATIENT SOUFFRANT DE DYSFONCTION ERECTILE

PROFILE OF PATIENT PRESENTING WITH ERECTILE DYSFUNCTION

RIMTEBAYE K¹, KAMADJOU C², EH MOBY MPAH², ZARIF AGAHTASHKAND A¹, DANKI SILLONG F³, KABORO M¹,

1 Hôpital Général de Référence Nationale, N'Djaména, TCHAD

2 Hôpital Laquintinie, Douala, CAMEROUN

3 Hôpital Protestant de N'Gaoundéré, N'Gaoundéré, CAMEROUN

Auteur correspondant : Kimassoum RIMTEBAYE, e-mail : melinarim@yahoo.fr

RESUME :

Introduction : la dysfonction érectile (DE) est l'incapacité persistante ou récurrente à obtenir ou à maintenir une érection suffisamment rigide et durable pour permettre un rapport sexuel satisfaisant pour les deux conjoints. Le but de notre étude est de décrire le profil du patient souffrant de DE à la consultation au service d'urologie de N'Djaména au TCHAD.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, portant sur 514 dossiers de patients reçus en consultation au service d'urologie durant 5 ans. Étaient inclus, les patients souffrant de dysfonction érectile et ayant bénéficié d'un bilan clinique et paraclinique. Étaient non inclus, les perdus de vue. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques et paracliniques.

Résultats : Au total 514 patients ont été consultés pour DE durant la période de l'étude. L'âge moyen des patients était de 40,2 ans. Les musulmans étaient plus affectés (n=304 soit 59,14 %). La dysfonction érectile était de type secondaire chez 490 patients [98 %]. Le mode d'installation était progressif dans 78,60 %. Les mariés étaient plus affectés (n=386 soit 75,1 %). Dans les antécédents, il a été retrouvé la notion de : intoxication tabagique (23,37 % ; n=115), alcoolisme chronique (53,50 % ; n=275), urérite gonococcique (56,86 % ; n=145), chirurgie pelvienne (11,37 %).

Conclusion : Le patient souffrant de dysfonction érectile est jeune, marié, polygame, alcoolique, tabagique avec notion de conservation des érections matinales et une baisse de la libido.

Mots clés : Dysfonction, érection, alcoolique, tabagique, mariés

SUMMARY

Introduction: Erectile dysfunction (ED) is the persistent or recurrent inability to obtain or maintain an erection sufficiently rigid and durable to allow satisfactory sexual intercourse for both spouses. The aim of our study is to describe the profile of the patient with ED at the consultation in urology department of N'Djaména in CHAD.

Patients and methods: This is a retrospective and descriptive study of 514 patients who were referred to

the urology department for 5 years. Were included, patients with erectile dysfunction who had a clinical and paraclinical assessment. Were not included, lost sight. The variables studied were socio-demographic, clinical and paraclinical.

Results: A total of 514 patients were consulted for ED during the study period. The average age was 40.2 years. Muslims were more affected (n=304, 59.14%), and erectile dysfunction was secondary in 490 patients (98%). The mode of installation was progressive in 78.60%. In the medical histories, the concept of tobacco intoxication (23.37%, n = 115), chronic alcoholism (53.50%, n = 275), gonococcal urethritis (56.86 %, n = 145), pelvic surgery (11.37%) was found.

Conclusion: The patient suffering from erectile dysfunction is young, married, polygamous, alcoholic, smoker with a notion of conservation of early erections and a reduced libido.

Keywords : dysfunction, erection, alcoholic, smoker, married

INTRODUCTION

La dysfonction érectile (DE) a remplacé le terme d'impuissance sexuelle à connotation psychologique trop péjorative. Elle se définit comme l'incapacité persistante ou récurrente à obtenir ou à maintenir une érection suffisamment rigide et durable pour permettre un rapport sexuel satisfaisant [1,2].. De tout temps, l'érection symbolise la force, la virilité et la fécondité. Il s'agit d'une pathologie fréquente qui affecte de manière considérable la qualité de vie du couple [2]. Elle touche près d'un homme sur deux après 45 ans [3] et, environ 10 à 20 % d'hommes dans le monde [4]. L'érection est un phénomène hémodynamique complexe, vasculaire et tissulaire. Elle résulte de l'action conjuguée d'une bonne vasodilatation artérielle et d'une meilleure relaxation de la musculature lisse cavernreuse sous le double contrôle neurologique et hormonal faisant intervenir des facteurs locaux, psychologiques et relationnels [5]. Les causes de la DE sont nombreuses et variées : psychogènes, organiques ou mixtes. Les facteurs de risque associés sont

bien connus notamment : l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, la dyslipidémie, l'obésité et l'usage au long cours de certains médicaments (antihypertenseurs, antidépresseurs, antiulcéreux). La découverte des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 à la fin des années 1990 [5] a révolutionné sa prise en charge.

Notre étude se propose de décrire le profil clinique et paraclinique de la dysfonction érectile au service d'urologie de N'Djaména au TCHAD.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 514 dossiers de patients reçus en consultation au service d'urologie de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'Djaména durant la période allant de janvier 2010 à décembre 2014. Étaient inclus, les patients souffrant de dysfonction érectile ayant bénéficié ; d'un bilan clinique et paraclinique dans ledit service. Étaient exclus les patients souffrant de DE non consentants pour l'étude, ceux dont les dossiers sont incomplets et ceux qui refusent les soins. L'étude s'est intéressée aux variables ci-après notamment, Les variable sociodémographiques : âge, sexe, situation professionnelle, provenance religion, statut marital, niveau d'instruction ; Les variables cliniques : caractéristiques de la DE, érections nocturnes et matinales, libido, facteurs déclenchants ; durée de la DE, la fréquence de rapports sexuels, les troubles sexuels associés, les relations extraconjugales, les pathologies associées. Le diagnostic et appréciation du degré de la dysfonction érectile a été fait en se basant sur la version complète du questionnaire de l'IIEF - 5 (Index International de la Fonction Érectile) dans sa version française. Ces items permettent de définir quatre types de scores : sévère (5-10), modéré (11-15), minime (16-20), absence de DE (21-25). Les antécédents médicochirurgicaux notamment : l'alcoolisme, le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, l'urétrite, la chirurgie pelvienne, le traumatisme, la prise médicamenteuse ; Les variables paracliniques : bilan hormonal (FSH, LH, Testostéronémie, Prolactinémie, PSA), bilan biochimique (Glycémie), bilan hématologique (NFS). Le profil lipidique (Cholestérol total, HDL — Cholestérol, LDL — Cholestérol, Triglycérides).

Au plan éthique, l'étude a reçu l'autorisation du comité d'éthique scientifique et académique de la Faculté de Sciences de la Santé Humaine de l'Université de N'Djaména, de la direction générale de l'HGRN et du chef de service d'urologie. Les raisons de l'étude ont été systématiquement expliquées aux patients et leur consentement verbal a été obtenu avant de les inclure dans l'étude. L'anonymat de l'identité du patient a été respecté. L'analyse statistique des données a consisté en un calcul de la prévalence et en une comparaison des pourcentages (avec les tests

du χ^2 ou le test exact de Fisher selon les conditions d'applicabilité, avec un seuil de significativité statistique $p < 0,05$).

RÉSULTATS

En cinq (5) ans d'étude, nous avons recensé 514 patients souffrants de dysfonction érectile sur un effectif de 3581 patients reçus en consultation, ce qui représente un pourcentage de 14,35 %. L'âge moyen des patients était de 40,2 ans avec des extrêmes de 18 ans et 85 ans, 93 % avaient un âge compris entre 20 et 50 ans et 183 (35,60 %) appartenaient à la tranche d'âge [30-40] ans. Les musulmans étaient plus affectées (n=304 soit 59,14 %) suivies des chrétiennes (n=203 soit 39,49 %). La dysfonction érectile était de type secondaire chez 490 patients (98 %). Le mode d'installation était progressif dans 78,60 %. La répartition des patients selon le niveau d'instruction est rapportée au tableau I.

Tableau I : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence
Aucune instruction	92	18.4
Primaire	89	17.8
Secondaire	161	32.2
Supérieur	158	31.6
Total	500	100

Les circonstances de survenues et les facteurs déclenchant de la DE sont rapportés sur la figure 1.

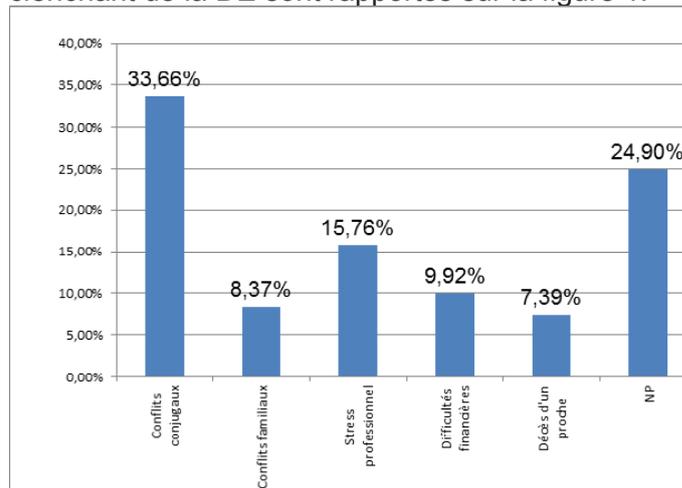


Figure 1 : circonstances de survenue ou facteurs déclenchant de la DE de nos patients

Les patients exerçant dans le privé représentaient 44,75 % (n=230) contre 34,82 % (n=179). Les mariés étaient plus affectés (n=386 soit 75,1 %) que les divorcés ou séparés (n=37 soit 7,20 %). Parmi les mariés, les monogames représentaient 51,75 % (n = 266) suivis des polygames (n=120 soit 23,35 %). Seulement 40,08 % des patients ont consulté en pre-

mière intention en urologie, tandis que les autres l'ont fait après échec de consultation en médecine traditionnelle (25,68 %), en médecine générale 21,21 % et en médecine chinoise 13,04 %. La moyenne d'enfants était de 4,02 par patient avec des extrêmes de 0 et 52. Dans leurs antécédents, il a été retrouvé la notion : d'intoxication tabagique (23,37 % ; n=115), d'alcoolisme chronique (53,50 % ; n=275), d'urétrite gonococcique (56,86 % ; n=145), de chirurgie pelvienne (11,37 %, dont 13 adénomectomies et 7 cures herniaires inguinales), d'urétroplastie (5 cas), de cure d'hémorroïde (2 cas), de fistule anale (2 cas) et de cure d'hydrocèle (1 cas). La décision de consulter un médecin avait été prise dans 3 cas sur 4 par le patient et encouragée par la partenaire dans 1 cas. Le mode d'installation de la dysfonction érectile était progressif dans 78,60 %.

DISCUSSION

La prévalence de la DE varie selon les pays comme le témoigne le tableau II.

Tableau II : Prévalence de la DE selon les pays.

Auteurs	Pays	Année	Effectif	Extrêmes	Prévalence (%)
Droupy [4]	France	2009	1848	18 et +	67,9
Amidu [5]	Ghana	2010	255	16-66	66
Idung [6]	Nigéria	2012	400	20-70	41,5
Bouya [7]	Congo B	2012	40	20-80	14,7
Diallo [1]	Sénégal	2012	537	55-90	60,7
Notre série	Tchad	2016	514	18-85	14,35

Cette grande variabilité de la prévalence en fonction des pays est liée aux différentes méthodes de travail, aux variables étudiées, à la taille des échantillons et témoigne de la difficulté à établir un protocole uniforme eu égard à la complexité inhérente à cette pathologie.

La DE affecte les patients jeunes de la troisième et quatrième décennie. Il s'agit d'une population à fleur d'âge d'activité sexuelle chez qui la moindre dysfonction érectile est très mal vécue, car elle est ressentie comme une humiliation devant la partenaire. Nombreux sont les auteurs qui rapportent un parallélisme entre l'âge avancé et l'augmentation de la prévalence de la DE^o[1-5]. Les mariés, polygames ou monogames, sont les plus affectés par la DE comparativement aux veufs et divorcés comme le souligne Takure^o[9]. En outre, chez les polygames, la prévalence de la DE augmente avec le nombre des épouses et passe du simple au double lorsque le patient est polygame avec 2 ou 4 épouses. L'acte sexuel fait partie du devoir conjugal auquel doit répondre tout époux. Tout manquement est ressenti négativement par les conjointes qui ne demandent qu'à être satisfaites. Il ressort également de l'étude que ; plus

grand est le nombre des partenaires du marié, plus sévère est sa dysfonction érectile. Soulignons par ailleurs que les mariés rapportent avoir une érection satisfaisante lors des rapports sexuels extraconjugaux. Parmi les mariés souffrant de dysfonction érectile, il y en a qui ont un long passé de pratique de la masturbation et qui rapportent avoir perdu l'orgasme dans les relations hétérosexuelles. Sachant que la profession dans le secteur privé est plus exigeante et donc potentiellement plus stressante, l'on s'attendrait à avoir plus de population souffrant de DE dans le secteur privé, la réalité en est autre. Ce paradoxe tiendrait son explication du bas niveau des salaires du secteur public par rapport au secteur privé. La performance sexuelle serait donc le reflet de la bonne santé financière du conjoint. La conservation des érections matinales dans une proportion importante de nos patients témoigne du caractère psychogène de la DE dans la population d'étude et partant de l'importance du stress vécu quotidiennement. Il est bien établi depuis longtemps que l'intoxication tabagique à long terme est un facteur favorisant la DE par l'effet négatif de ses constituants actifs tels que la nicotine, le monoxyde de carbone et certains radicaux libres qui agissent comme vasoconstricteur [9-12]. L'effet délétère de l'alcool sur les vaisseaux par des lésions de micro angiopathies aussi bien au niveau rénal que pénien est bien établi et explique la forte prévalence de la DE dans cette population. Par ailleurs l'alcoolisme non seulement entretient la DE, mais sert également de « cachette » pour les patients. En effet, pour mieux se soustraire à la sollicitation de la partenaire pour l'acte sexuel, ces patients sont permanemment ivres et passent le meilleur de leur temps dans les débits de boissons afin de regagner le domicile familial dans un état d'ivresse.

CONCLUSION

Le patient souffrant de dysfonction érectile est un sujet jeune, au long passé de pratique de la masturbation, polygame, alcoolique, tabagique, victime d'un traumatisme pelvien ou d'une chirurgie de pelvienne, d'une cure de hernie inguinale. Ces patients conservent leur érection matinale et souffre d'une baisse de la libido.

Mots-clés : Dysfonction, érection, alcoolique, tabagique, mariés

REFERENCES

- [1] Diallo Y., Coume M., Ze Ondo C., Diao B., Sylla C. Dysfonction érectile : profil épidémiologique dans une population de sujets retraités au Sénégal. *Andrologie* (2012) 22:241-245. Doi 10.1007/s12610-012-0200-5
- [2] Anaissie J., Hellstrom W. J. Clinical use of al-

prostadil topical cream in patients with erectile dysfunction: a review. *Research and Reports in Urology* (2016),8,123-131.

<http://doi.org/10.2147/RRU.S68560>

[3] Boldini M., Jichlinski P., Vaucher L. Thérapie de deuxième et troisième lignes pour la prise en charge de la dysfonction érectile. *Rev Med Suisse* 2015; 2265-2269

[4] Droupy S. Diabète et dysfonction érectile. *Médecine Clinique endocrinologie & diabète*. 2012 ; 56: 29-35.

[5] Amidu N, Owiredu WKBA, Woode E , Addai – Mensah O, Gyasi–Sarpong KC, Alhassan A. Prevalence of male sexual dysfunction among Ghanaian populace : myth or reality ? *Int J of Impotence Research* 2012; 22: 337-42.

[6] Idung A., Abasiubong F., Ukott I., Udoh S. and Unadike B. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in Niger delta region, Nigeria. *African Health Sciences*. 2012;1 2 (2) : 160 – 165.

doi:10.4314/ahs.v12i2.13.

[7] Bouya A.P., Odzebe A.W.S., Mayala Maognan R., Ondongo Atipo A.M., Andzouana N. et Monabeka H.G. La dysfonction érectile au Congo: premières données sur la fréquence de ce motif de consultation et profil clinique au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. *Andrologie* 2012; 22: 92-95.

DOI 10.1007/s12610-012-0169-4

[8] Takure, A. O., Adebayo, S. A., Okeke, L. I., Olapade-Olaopa, E. O. and Shittu, O. B. Erectile Dysfunction Among Men Attending Surgical Outpatients Department in a Tertiary Hospital in South-Western Nigeria. *Nigerian Journal of Surgery : Official Publication of the Nigerian Surgical Research Society*, 2016,22(1),32–36. <http://doi.org/10.4103/1117-6806.176398>

[9] Kovac J.R., Labbate C., Ramasamy R., Tang D., Lipshultz L.I. Effects of cigarette smoking on erectile dysfunction. *Andrologia* (2015), 47(10), 1087–1092. <http://doi.org/10.1111/and.12393>

[10] Garza-Gangemi A.M. and Sotomayor-de Zavaleta M. Erectile dysfunction therapy in countries where implant is economically not feasible. *Translational Andrology and Urology*. 2017;6(2):176-182. doi: 10.21037/tau.2017.04.15.

[11] Safavy S., Kilday P.S., Slezak J.M., Abdelsayed G.A., Harrison T.N., Jacobsen S.J. and al. Effect of a Smoking Cessation Program on Sexual Function Recovery Following Robotic Prostatectomy at Kaiser Permanente Southern California. *The Permanente Journal*. 2017;21. doi: 10.7812/TPP/16-138.

[12] Biebel M.G., Burnett A.L. and Sadeghi-Nejad H. Male Sexual Function and Smoking. *Sexual Medicine Review*. 2016;4(4):366-375. doi: 10.1016/j.sxmr.2016.05.001.