

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DE COCODY DE 2022 A 2024

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ERECTILE DYSFUNCTION IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF THE COCODY UNIVERSITY HOSPITAL FROM 2022 TO 2024

A FOFANA^{1,2}, I COULIBALY^{1,2}, A DRABO^{1,2}, KAG KONAN¹, GAP GNABRO^{1,2}, EJV AMANGOUA^{1,2}, N COULIBALY^{1,2,3}, A MOREL¹, N DIOMANDÉ¹, A DEKOU^{1,2}

1-Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody, service d'urologie

2-Université Félix Houphouët Boigny

3-Centre hospitalier et Universitaire de Treichville

Auteur Correspondant : Dr Coulibaly Issoufou Assistant chef de clinique Université Félix Houphouët Boigny BPV 166 Abidjan/ Téléphone : 002250789553865, Adresse électronique : lamitocoulibaly@gmail.com

Résumé :

Introduction : La dysfonction érectile est une incapacité récurrente ou constante d'obtenir et/ou de maintenir une érection pénienne suffisante pour une performance sexuelle satisfaisante, évoluant depuis plus de 6 mois. Cette affection a une fréquence croissante chez les patients de moins de 40 ans.

Objectif : Connaitre le profil épidémiologique des patients souffrant de dysfonction érectile au CHU de Cocody Abidjan.

Patients et méthodes : Etude rétrospective à visée descriptive allant de Juin 2022 à Décembre 2024 soit une période de 30 mois dans le service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody.

Résultats : La prévalence de la dysfonction érectile était estimée à 5,53 %, l'âge moyen était de 48,06 ans. Les patients mariés prédominaient et représentaient 64,89% avec 82% de patients monogames.

La plupart des patients résidait dans la zone urbaine avec 90,63% des cas. Les patients avaient une Comorbidité comme l'hypertension artérielle dans 38% des cas. Les ouvriers étaient les catégories professionnelles les plus touchées soit 34%. Trente-quatre pourcent des patients consommaient des substances aphrodisiaques alors que 30,05% des patients étaient alcooliques. La moitié des patients 50,38% avait comme facteur déclenchant le stress

Conclusion : L'amélioration du niveau de vie des personnes et la prévention des facteurs de risques sont nécessaires pour la réduction de la prévalence de la dysfonction érectile (DE) au sein de la communauté.

Mots clés : dysfonction érectile, stress, diabète, cardiopathie.

Summary:

Introduction: Erectile dysfunction is a recurrent or constant inability to achieve and/or maintain a penile erection sufficient for satisfactory sexual performance, lasting for more than 6 months. This condition is increasingly common in patients under 40 years of age.

Objective: To understand the epidemiological profile of patients suffering from erectile dysfunction at the Cocody University Hospital in Abidjan.

Patients and methods: it was a retrospective study with a descriptive aim, from June 2022 to December 2024, that is a period of 30 months in the urology department of the University Hospital Center (CHU) of Cocody.

Results: The prevalence of erectile dysfunction was estimated at 5.53%, the mean age was 48.06 years. Married patients predominated and represented 64.89% with 82% of monogamous patients. Most of the patients resided in the urban area with 90.63% of cases. The patients had comorbidity such as high blood pressure predominating in 38% of cases. The workers were the most affected professional categories with 34%.

Thirty-four percent of our patients were consumers of aphrodisiac substances while 30.05% of patients were alcoholics. Half of the patients (50.38%) had stress as a trigger factor.

Conclusion: Improving people's living standards and preventing risk factors are necessary to reduce the prevalence of erectile dysfunction (ED) in the community.

Key words: erectile dysfunction, stress, diabetes, heart disease..

INTRODUCTION

La dysfonction érectile est une incapacité récurrente ou constante d'obtenir et/ou de maintenir une érection pénienne suffisante pour une performance sexuelle satisfaisante, évoluant depuis plus de 6 mois [1].

Les facteurs impliqués dans la survenue de la dysfonction érectile sont : l'âge, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections urogénitales, psychiatriques et toute maladie chronique. Le tabac, les facteurs hormonaux et certains médicaments sont également impliqués dans la survenue de cette affection. Deux tiers des hommes atteints de dysfonction érectile rencontrent des difficultés à évoquer leur problème avec leurs médecins et moins

d'un quart consulte .

Il s'agit d'un véritable problème de santé publique, de plus en plus fréquent, qui altère considérablement la qualité de vie sexuelle et relationnelle des patients, et de leurs partenaires sexuels. Sa prévalence augmente progressivement avec l'âge, passant de moins de 10% pour les hommes de moins de 40 ans, à plus de 50% au-delà de 70 ans [2].

En Afrique, la prévalence de la dysfonction érectile est sous-estimée dans la plupart des pays. Les chiffres varient d'une région à l'autre en raison du manque de grandes enquêtes épidémiologiques pouvant fournir des bases de données fiables. Au Maroc, une étude épidémiologique sur la dysfonction érectile a été menée auprès de 655 hommes âgés de 25 ans et plus où la prévalence était estimée à 54 % [3]. Au Sénégal, la prévalence globale est estimée à 26 % [4]. En Côte d'Ivoire, une étude a été réalisée à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) en 2010, a concerné 447 hommes diabétiques hospitalisés, la prévalence de la dysfonction érectile était estimée à 76,1 %. La moyenne d'âge était de 52,8 ans [5].

En effet la dysfonction érectile est apparemment de plus en plus fréquente en consultation, cependant 40%-50% des patients reçus en consultation évoquent une dysfonction érectile mais cela reste subjectif en raison du manque de données épidémiologiques.

L'on se pose la question de savoir s'il y'a un profil épidémiologique particulier des patients souffrants de dysfonction érectile (DE) en consultation externe. Le but de notre travail était de connaître le profil épidémiologique des patients souffrants de dysfonction érectile au CHU de Cocody en consultation externe.

I-METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective a visé descriptive réalisée sur une période allant du 1er juin 2022 au 31 décembre 2024 au service d'urologie du CHU de Cocody soit une durée de 30 mois.

La population d'étude était constituée des patients de sexe masculin ayant été reçus en consultation externe pour dysfonction érectile.

Une fiche d'enquête avait été élaborée pour chacun des malades qui avaient été reçu en consultation externe au service. Les critères d'inclusion étaient : tous les cas de dysfonction érectile vus en consultation externe dans le service d'urologie du CHU de Cocody, les patients ayant des dossiers complets et régulièrement enregistrés. Les critères d'exclusion étaient : les patients vus en consultation externe dans le service d'urologie du CHU de Cocody mais le suivi avait été poursuivi dans d'autres services et les dossiers mal renseignés. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, les antécédents médico-chirurgicaux, les facteurs déclenchants, le mode de vie (alcool, tabac, pratique de la masturbation, consommation des excitants et/

ou aphrodisiaques)

Les données avaient été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI info version 7.2.4.0

L'analyse descriptive de base avait été effectuée à l'aide du logiciel Excel

II-RESULTATS

Notre étude réalisée du 1er juin 2022 au 31 décembre 2024, 1450 avait concerné 131 patients soit une prévalence de 5,53%. L'âge moyen était de 48,06 ans. Les patients mariés prédominaient et représentaient 64,89% avec 82% de patients monogames.

Les patients avaient une hypertension artérielle dans 38% des cas. Les ouvriers étaient les plus touchés soit 34%. Trente-quatre pourcent des patients étaient consommateurs de substances aphrodisiaques alors que 30,05% des patients étaient alcooliques.

La moitié des patients (50,38%) avait comme facteur déclenchant le stress

□ Age

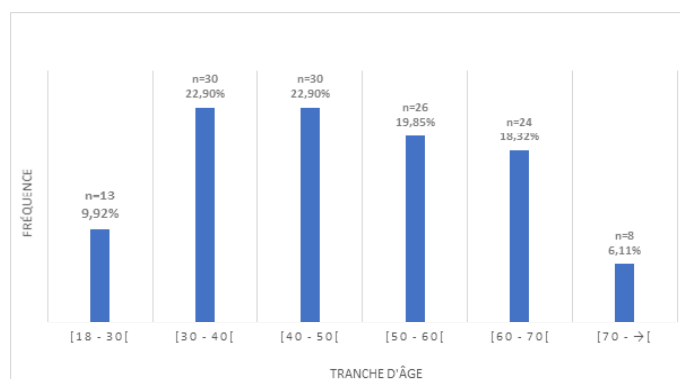


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

L'âge moyen était de 48,06 ans avec des extrêmes de 18 et 79 ans.

□ Situation matrimoniale

Tableau I : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

Variables	Effectifs	Pourcentage (%)
Statut matrimonial :		
Marié	85	64,89
Célibataire	31	23,66
Veuf	14	10,69
Divorcé	1	0,76
Régime matrimonial :		
Monogame	74	82,22
Polygame	16	17,78

Les patients mariés représentaient 64,89% des cas, et les monogames représentaient 82,22% des cas.

□ Données cliniques

Motif de consultation

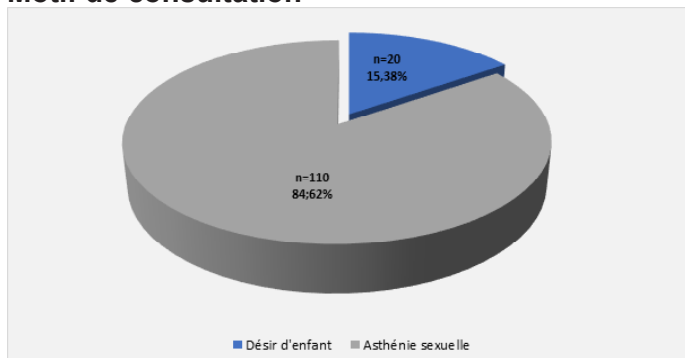


Figure 2 : Répartition des patients selon le motif de consultation

L'asthénie sexuelle correspondait à 84,62% des cas.

□ Facteurs déclenchants

Tableau II : Répartition des patients en fonction des facteurs déclenchant

Facteurs	Effectifs	Pourcentage (%)
Stress	66	50,38
Aucun facteur déclenchant	65	49,62
Total	131	100,0

Le stress était le facteur déclenchant le plus rapporté dans 50,38% des cas.

□ Consommation d'excitants et/ou d'aphrodisiaques

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la consommation d'excitation et/ou aphrodisiaque

Types de consommation	Effectifs	Pourcentage (%)
Aphrodisiaque	66	34,2
Alcool	58	30,05
Tabac	48	24,87
Cola	1	0,52
Drogue	00	00,00
Aucun	20	10,36
Total	193	100,0

La consommation de substances aphrodisiaques était rapportée dans 34,2% des cas

III-DISCUSSION

Notre série comportait certaines limites. La réalisation de cette série dans un seul centre en limite sa représentativité. De plus, la petite taille de notre échantillon nous exposait à un manque de

puissance.

Du 1er juin 2022 au 31 décembre 2024, 1450 patients avaient été reçus en consultation. Pendant la période d'étude, 215 patients avaient consulté pour dysfonction érectile (DE) soit 14,83%. Parmi ceux-ci, 131 patients avaient répondu aux critères d'inclusion soit 9,03%. La prévalence était de 5,60%. Nos valeurs étaient largement en deçà de plusieurs études réalisées dans le monde. Cette différence de fréquence pourrait être liée à la diversité des populations étudiées mais également à celle des méthodologies diagnostiques permettant de définir la dysfonction érectile (DE).

Notre série est rare dans la littérature médicale ivoirienne et africaine, consacrée spécifiquement à l'évaluation de la prévalence de la dysfonction érectile (DE), particulièrement chez les patients consultants au service d'urologie. La prévalence de dysfonction érectile (DE) observée en consultation externe était de 5,6% de toutes pathologies confondues chez les patients de sexe masculin. Cette prévalence était en deçà de certaines études réalisées dans le monde notamment celle de Bouya et al [6] au Congo Brazzaville où elle était de 14,7 %, et celle de Fall Diop et al [7] au Sénégal où elle était de 19,4%.

Toutefois, cette différence de prévalence pourrait s'expliquer par le fait que le sujet étant considéré comme tabou dans notre société alors que dans d'autres endroits, certains hommes ont la facilité de s'exprimer facilement sur la question de la dysfonction érectile.

L'âge moyen de nos patients était de 48,06 ans avec des extrêmes de 18 et 79 ans. Les deux tranches d'âge comprises entre [30 – 40[et [40 – 50[ans représentait 22,90%. Ce résultat se rapprochait de celui de Lasseny T [8] qui avaient rapporté un âge moyen de 50 ans avec des extrêmes de 20 et 80 ans.

Selon Feldman aux Etats- unis [9], et Angwafo au Cameroun [10], qui avaient rapporté respectivement 40 ans et 42 ans, comme étant l'âge moyen de survenue de la dysfonction érectile (DE). Ils étaient également conformés avec ceux du NIH [11], qui révélaient que la dysfonction érectile (DE) concernait tous les âges post-pubertaires avec une augmentation de la survenue à partir de 40 ans.

Ishikama et al. [12], rapportaient une majorité de patients âgés de 20 à 50 ans, âge auquel les rapports sexuels sont en principe beaucoup plus fréquents.

Ceci s'expliquerait par le fait que l'activité sexuelle masculine est optimale à cet âge.

Dans notre série les hommes mariés représentaient 64,89%.

Cela signifie que la sexualité était considérée comme un devoir conjugal dans notre société. Cependant les monogames représentaient 82,22% suivis des polygames 17,78%. Ce résultat était comparable avec celui de Daghdagh, et al [13] au Maroc qui

avaient rapporté 72,3 % des monogames et 27,7% des polygames dans leurs séries.

Par contre, A. Diath. [14] avait rapporté un taux de 58,3% de monogames suivis de 41,7% de polygames.

Par ailleurs nous ne pourrions cependant déduire ici que le statut de polygame était un facteur d'exposition à la dysfonction érectile (DE) comme suspecté par certains auteurs comme Diakité M L et al [15].

Les professions les plus représentées étaient celles des ouvriers, des fonctionnaires et les commerçants avec respectivement 18,32%, 17,56% et 17,56% des cas. Nos résultats étaient en accord avec ceux de Byemero D N et al [16] qui avait rapporté comme profession majoritaire les travailleurs du secteur public. Ces résultats seraient probablement liés aux caractères quotidiens de leurs activités qui les exposaient au risque de dysfonction érectile et le stress qu'ils vivaient quotidiennement en était l'explication la plus probable.

Cependant, nous remarquons que toutes les couches socio-professionnelles étaient représentées dans notre série. Ceci était la preuve que tous les hommes étaient concernés par la dysfonction érectile.

Dans notre étude, l'hypertension artérielle (HTA) était l'antécédent personnel et familial le plus observé respectivement dans 39,44% et 2,82% des cas. Ce résultat était proche de celui de Mayabu [17] au Congo qui représentait 25,75 % des patients hypertendus. Selon Hermite J [18]. L'HTA était souvent accompagnée de dysfonction érectile et l'origine de cette dysfonction érectile pouvait être une arthropathie patente qu'il fallait rechercher de principe. Enfin la dysfonction érectile et l'HTA apparaîtraient, comme une manifestation de la dysfonction endothéliale et du début d'altération du lit vasculaire [7].

Ensuite le diabète représentait 16,90 % des cas dans notre série. Ce résultat était similaire à celui de Gueye [19] au Sénégal qui avait rapporté 16% des patients diabétiques. Dans notre série, le stress représentait 50,38 % des cas. Selon plusieurs auteurs le stress était un facteur essentiel dans la survenue de la dysfonction érectile psychogène [20-21].

Cependant, les changements progressifs dans les modes de vies et de productions dans nos sociétés africaines pourraient contribuer à augmenter cette tendance comme le prédisaient dans les études de Ayta et al [8]. Dans notre série 24,87% des patients étaient tabagiques et 30,05% étaient alcooliques. Nos résultats étaient supérieurs à celui de Diakité ML et al [15] au Mali qui avait dans son étude 11,11% des patients tabagiques suivis de 4,16% patients alcooliques. Le tabac aurait des effets délétères sur l'endothélium au niveau microvasculaire. Par ailleurs le tabac était un facteur de risque à ne pas négliger et plusieurs chercheurs avaient confirmé les effets délétères sur l'organisme en général et sur la fonction érectile en particulier.

Dans notre série, 34,2% des patients avaient recours aux excitants stimulants pour tenter de gérer leur trouble. Ce nombre légèrement élevé montrent l'importance de ces aphrodisiaques comme outil de gestion de la dysfonction érectile du point de vue des patients. Le recours aux excitants aphrodisiaques pour gérer la dysfonction érectile avait été également signalé dans les études de David S. Lopez et al aux USA [22]. Nous avons constaté que la plupart des participants étaient des jeunes avec un âge moyen de 48,06 ans. La raison ayant motivé le recours aux excitants aphrodisiaques pour traiter la dysfonction érectile était pour la plupart des cas le fait que la dysfonction érectile était un sujet difficile à aborder. La dysfonction érectile était un sujet de honte, une maladie difficile à avouer. Ainsi, certains optent pour le silence pour ne pas perdre la face aux yeux du monde afin de conserver un peu de dignité et de fierté. Le dépistage de la dysfonction érectile est faisable à partir de l'interrogatoire du patient. Il serait donc primordial de dépister tôt la dysfonction érectile car l'étude de Giuliano [23] rapportait que 28% des patients présentant une dysfonction érectile sont préoccupés par leurs troubles au cours de la journée (perte de l'estime de soi et sentiment d'être incapable de satisfaire leur partenaire) et que leur relation avec leur partenaire semblait se dégrader depuis l'apparition des troubles érectiles.

CONCLUSION

La dysfonction érectile est une affection répandue, mais elle reste souvent un Sujet tabou pour beaucoup de nos patients. Malgré sa fréquence, il peut servir de symptôme indiquant une maladie organique sous-jacente. Cependant, il est souvent sous-estimé en raison des croyances culturelles et de la dépendance sur les traitements traditionnels. Les données épidémiologiques de la dysfonction érectile semblent être similaires à celles observées dans d'autres pays africains.

Le stress était le facteur déclenchant le plus observé. Le dialogue entre l'homme et la femme devrait être encouragé pour faire face à cette situation.

REFERENCES

1. Hackett, Geoff, Kirby, Mike, Wylie, Kevan, et al. British Society for Sexual Medicine guidelines on the management of erectile dysfunction in men-2017. The journal of sexual medicine, 2018, vol. 15, no 4, p. 430-457.
2. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira Jr ED, et al. Definitions/epidemiology/ risk factors for sexual dysfunction. J Sex Med. 2010; 7:1598-607.
3. Berrada, S., Kadri, N., Mechakra-Tahiri, S., et al. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates:

- a population-based study in Morocco. *International journal of impotenceresearch*, 2003, vol. 15, no 1, p. S3-S7.
4. Diao B, Ndoeye A.K, Fall P.A, Niang L, Odzebe A, Bah I, et al. La dysfonction érectile au Sénégal: profil épidémiologique. *Androl* 2007 ; 17 (3) : 223-229
 5. Lokrou A, Koffi DP, Soumahoro S, Derbé A, Abodo J, Azoh AJC, et al. Étude épidémiologique et clinique de la dysfonction érectile du diabétique noir africain en coted'ivoire. *Diabetes & Metabolism*. 2010 ;36 : A47.
 6. Bouya AP, Odzebe AWS, Mayala Maognan R, Ondongo Atipo AM, Andzouana Monabeka HG. La dysfonction érectile au Congo : premières données sur la fréquence de ce motif de consultation et profil clinique au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. *Androl*. 2012; 22:92-95.
 7. Fall D F, Ka O, Diallo Y, Gaye A, Sow P G, Sylla C. Profil épidémiologique des patients atteints de dysfonction érectile au centre de santé de Ouakam, Dakar Méd . 2013; 60(11): 449-458
 8. Ayta IA, Mckinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2005 and some possible policy consequences. *BJU Int*. 1999; 84 (1):50-56.
 9. Feldman H.A., Goldstein I., Krane R.J. Et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of MMAS *J Urol.*, 1994; 151: 54-61
 10. Angwafo III F.F, Eimo Malonga E, Poyi Kamdem M. Profil des patients ayant une dysfonction sexuelle masculine à l'hôpital général de Yaoundé. *Androl*. 2000;10(2): 215- 219
 11. Nih consensus conference: Impotence. NIH consensus development panel Impotence. *J Am Med Ass*. 1993, 270: 83-90
 12. Ishikawa T., Fujisawa M., Tamada H., Inoue T., Shimatani N.: Fracture of the penis: nine cases with evaluation of reported cases in Japan. *Int J Urol.*, 2003, 10: 257-260.
 13. Daghdagh Y, Abdi EM, Alaffi M, Tmiri A, Elbade M, Moataz A, et al. Erectile Dysfunction: Epidemiological and Clinical Case Series Profile at the Ibn Rochd University Hospital in Casablanca. *Mathews Journal of Urology and Nephrology*. 2024 ;6(1) :1 8.
 14. A Ndiath, A Sarr, EM Diaw, O Sow, B Sine, R Saidy, et al Dysfonction érectile : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au CHU Aristide Le Dantec, Sénégal *Ann Afr Med* 2022, 15 (3): 4702-4707
 15. Diakité M L, Ouattara A Z, Diakité A S, Traoré B, Kanté M, Coulibaly L, Berthé H J G, Tembely A D. Profil épidémiologique clinique et paraclinique de la dysfonction érectile en consultation dans le service d'urologie du CHU du Point G. *Le Mali médical*. 2016; (4):9-18
 16. Byemero DN, Mosomo TK, Mandro CN, Ngolo PM, Kumar DS, Mputu JNK, et al Prévalence et facteurs associés de la dysfonction érectile à Goma, en République Démocratique du Congo. *Kivu Medical Journal* . 2023 10 (2): 1-7
 17. Mbayabu MM, Moningo MD1, Diangienda DP1, Nkodila A1, Ngandu TJ, Punga-Maole A, et al Evolution de la dysfonction érectile chez les survivants de covid-19 a Kinshasa : facteurs d'amélioration. *Rev Afr et santé publique* 2024, 6 (3): 121-135
 18. Hermite J. Etiologies des impuissances. In Arvis G. Ed *Andrologie III* paris : Maloine, 1991-2004.
 19. Guèye SM, Diop SN, Ba M. La dysérection chez le diabétique. Profil épidémiologique au Sénégal. *Prog Urol* 1998 ; 8 : 377-81.
 20. Nwaonu C. N; John N.O. Depressive symptom and marital adjustment among primary care patients with erectile dysfunction in Umuhia, Nigeria. *S Afr J Psch*. 2016
 21. Cour F., Corman A., Costa P. Le couple : une entité incontournable ? *Prog Urol* 2013 ; 23 :734-744
 22. David SL, Run W, Konstantinos KT, Huirong Z. Role of Caffeine Intake on Erectile Dysfunction in US Men: Results from NHANES 2001-2004. *PLoS One*. 2015; 28;10(4):0123547.
 23. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsris A, Reitz C et al. Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes. *Prog Urol*. 2002; 12 :260-7.