

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

TITRE

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE
D'UROLOGIE DU CHU POINT-G :
À propos de 66 cas**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 12/01/2023 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Mayoro DEMBELE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État).**

Jury

Président : Pr TRAORE Cheick Bougadari

Membre : Dr BADIAGA Cheickna

Co-directeur : Pr COULIBALY Mamadou Tidiani

Directeur de thèse : Pr DIAKITE Mamadou Lamine

**DEDICACES
&
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je remercie :

➤ **Allah :**

- Le tout puissant, le miséricordieux, créateur des terres et des cieux.
- Merci de m'avoir accordé la santé et la force pour la réalisation de ce travail.

➤ **Au prophète MOHAMED :** paix et salut sur lui

Je dédie ce travail :

➤ **A mes deux parents : M. DEMBELE YAYA et Mme BERTHE MARIAM**

Aucun mot de ce monde ne saurait exprimer l'immense amour et la fierté que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous dois à vie pour les efforts et sacrifices consentis pour mon épanouissement et mon bien être.

A toi papa :

J'aurai toujours à l'esprit que je te dois tout. Tu as toujours donné le meilleur de toi pour que tes enfants ne manquent de rien et tu n'as cessé de nous dire que « la vie est un combat de tous les jours », Tu t'es beaucoup inquiété pour moi et tu m'as accompagné, encouragé. Accepte ce modeste travail comme fruit de tes efforts. Je crois pouvoir affirmer que ton souhait le plus cher se réalise en ce jour, celui de me voir docteur en médecine.

Qu'ALLAH le tout puissant te protège et te garde le plus longtemps possible auprès de nous dans une excellente santé ! Amine!

A toi maman :

Femme dynamique, croyante et optimiste. Tu as dirigé mes premiers pas. Aucun mot ne pourra exprimer ma profonde gratitude à ton égard. Tes prières nocturnes, ton soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais manqué.

Qu'ALLAH le tout puissant te protège et te garde le plus longtemps possible auprès de nous dans une excellente santé ! Amine ! Merci beaucoup maman !

Papa et Maman en ce jour mémorable l'occasion me sied pour vous présenter mes excuses pour les impertinences, erreurs et fautes que j'ai pu commettre par inadvertance, non pas par volonté.

REMERCIEMENT

A ma patrie le **MALI** pour m'avoir offert gratuitement l'enseignement et la bourse pour les études supérieures.

Au corps professoral de la FMOS (Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie) de Bamako pour la qualité de l'enseignement reçu.

A mes frères, sœurs, cousins et cousines que je ne citerais pas de nom ici de peur de ne pas omettre quelqu'un. L'unité familiale n'a pas de prix ; qu'elle demeure pour nous l'objectif premier. Pour tout votre soutien et en témoignage de votre amour, je vous dédie ce travail. Je vous exhorte davantage à l'union sacrée et à la solidarité comme l'a toujours prônée papa, pour un avenir meilleur dans une famille enviée de tous. Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais et le Miséricordieux vous protéger du mal et vous procurer santé et longévité dans une vie couronnée de bonheur, Amine !

- A tous mes oncles, tantes, cousins et cousines de la famille **DEMBELE** et **BERTHE**

Retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu vous récompense tous ! Amine !

A mon père LASSINE DEMBELE et ses épouses DJENEBA, FEU MAHAWA et SAFIATOU

Mon très cher père, toute ma vie je te serai reconnaissant, jamais je n'ai manqué de soutien et d'affection dans ta famille. Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que vous représentez pour moi. Que DIEU vous bénisse et vous garde le plus longtemps possible à nos côtés pour que nous puissions vous témoigner toute notre gratitude.

A mon cousin, Ami, confident ISSA COULIBALY et ses femmes AWA et MAH:

Cher ami, cher cousin, cher aîné, les mots me manquent pour te signifier toute ma gratitude et mon profond respect. Tu as été là pour moi au début et à la fin de mes études, tu as été un conseiller, un soutien pour moi, tu as su me calmer pendant mes moments de stress, de frustrations et de colère.

DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-G. À propos de 66 Cas

Cher ami, je ne saurais jamais te remercier à la hauteur de ton soutien à ma personne, je ne peux que demander au bon DIEU de t'accorder tout ce que tu désires.

➤ **Un spécial remerciement à mes ami (e)s**

POUDIOGOU BEDEL SOUMAILLA et SEYDOU GTT KONE considérés comme des frères de mères différentes, LAMINE KONE, ABOU KONE, IBRAHIM BISMARCK, CHAKA BARRY, ISSIAKA GABBAR TRAORE, ABBA SIDIBE ; ainsi qu'à tous les membres du KIOSQUE.

A tous les amis que je connais de près ou de loin et à tous ceux qui me sont chers et que j'ai oublié de citer, je vous exprime par ce travail ma fidélité à notre amitié, j'espère qu'elle continue encore et pour toujours.

➤ **Au professeur Mamadou Lamine Diakité**

Merci pour l'estime que vous m'avez accordée en m'acceptant dans votre service. Qu'ALLAH vous protège et vous confie une longue vie dans une santé de fer ! Amine !

Ce travail est le vôtre.

➤ **A mon encadreur Dr Badiaga Cheickna:**

Merci pour l'encadrement et la formation dans la patience. J'espère avoir comblé vos attentes ; je vous demanderais de percevoir à travers ce modeste travail qui est aussi le vôtre l'expression de mon immense reconnaissance. Que Dieu vous bénisse et vous accorde ce que vous désirez de meilleur, Amine!

➤ **A tout le personnel du service d'urologie du CHU Point G**

Sincères remerciements.

➤ **A tous mes aînés du service d'urologie du CHU point G**

Dr BENGALY S	Dr BOUARE Y	Dr KAMISSOKO I
Dr CAMARA B	Dr SYLLA M	Dr OUATTARA K S
Dr ARISTO J	Dr DIARRA A	Dr KEITA I
Dr DEMBELE B	Dr COULIBALY S	Dr BAGAYOKO Y
Dr TOGO P	Dr OUATTARA D	Dr SOGOBA H Z
Dr CISSOKO B	Dr CISSE D	Dr HAMADA M
Dr TRAORE M	Dr SISSOKO B	DR DEMBELE D
Dr SOUMAORO M	INT CHEICK ABOU T	DR COULIBALY I

Merci pour l'accueil chaleureux dans le service

➤ **A toute la 12ème promotion du numerus clausus « Pr MAMADOU
DEMBELE »**

A tous mes camarades et compagnons, à mes aînés et cadets, à tout le personnel
de la FMOS

A tous ceux qui ont l'immense responsabilité et la lourde tâche de soulager les
populations et de diminuer leurs souffrances

A tous ceux et toutes celles qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation
de ce travail

A tous ceux et toutes celles qui me sont chers et que j'ai involontairement omis,
qu'Allah vous accorde longévité et bonheur !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Cheick BOUKADARY TRAORE

- ✓ **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS**
- ✓ **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point G**
- ✓ **Chef de département d'enseignement de recherche (DER) des Sciences fondamentales à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- ✓ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P)**

Cher Maître,

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Vos connaissances scientifiques, vos qualités humaines ne peuvent laisser indifférent, de même que votre ardeur au travail. Nous promettons de prendre pour modèle votre dévouement et votre humilité, partout où nous irons.

Toujours aussi simple et abordable par tous, vous facilitez si bien l'apprentissage ; et c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez agréer en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre très haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Cheickna BADIAGA

- ✓ **Chirurgien urologue**
- ✓ **Commandant des Forces Armées Maliennes**
- ✓ **Médecin chef de l'unité d'urologie du Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako**
- ✓ **Praticien Hospitalier au CHU Point G**
- ✓ **Membre de l'association Malienne d'Urologie (AMU-MALI)**

Cher Maître,

Ce travail nous aura permis de découvrir en vous un homme ouvert et toujours disponible.

Vous êtes incontestablement un homme exceptionnel, celui-là qui tient absolument à transmettre aux nouvelles générations ses connaissances, et sans délai.

Tout en souhaitant du fond du cœur que votre travail puisse porter du fruit, à la pleine mesure de votre dévouement, nous vous prions, cher Maître, d'agréer l'expression de notre réelle admiration.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

Pr Coulibaly Mamadou Tidiani

- ✓ **Chirurgien urologue**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Maitre de conférences en Urologie a la FMOS**
- ✓ **Chef de service d'Urologie au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Membre de l'association Malienne d'Urologie (AMU-MALI)**

Cher Maître,

Vos qualités humaines, votre goût pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique font de vous cet enseignant qui oblige pratiquement l'étudiant à combler ses lacunes en permanence.

Nous sommes comblés par l'honneur et le privilège que vous nous avez témoigné en acceptant de codiriger ce travail ;

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Mamadou Lamine Diakité

- ✓ **Professeur titulaire en urologie à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- ✓ **Responsable d'enseignement d'urologie à la FMOS**
- ✓ **Chef de service d'urologie au CHU du Point G**
- ✓ **Président de l'association Malienne d'Urologie (AMU-MALI)**

Cher Maitre ;

L'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maitre aimé et admiré de tous.

Vous nous faites honneur en acceptant de diriger ce travail.

Vos critiques et conseils ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre profonde admiration.

ABREVIATIONS :

API : Artère Pudendale Interne

AVH : Adénomectomie par voie haute

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CCC : Communication pour le changement du comportement

DE : Dysfonction Érectile

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

E. COLI: Escherichia Coli

EDRF: Endothélium Derived Relaxation Factors

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines.

Fig: Figure

FSH: Follicule Stimulating Hormone

GS : Garçon de Salle

HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

HDL: High Density Lipoprotéines

HTA : Hypertension Artérielle

HCG : Hormone Gonado-Chorionique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LH: Hormone Lutéinisante.

IU : Infection Urinaire

LH : Hormone Luteinisante

LHRL : Hormone de Liberation des Gonadotrophines Hypophysaires

NO: Monoxyde d'Azote.

PGE1: Prostaglandine E1.

PSA: Antigène Spécifique de la Prostate

RH: Releasing hormone

RPM: Residu Post Mictionnel

UI : Unité Internationale

VIP : Vaso-Intestinal Polypeptide

SBAU : Symptômes du bas appareil urinaire

SNA : Système Nerveux Autonome

SNC : Système Nerveux Central

SNAPS : Système Nerveux Autonome Parasymphatique

SNAS : Système Nerveux Autonome Sympathique

Liste des tableaux :

Tableau I : Traitement chirurgical.....	21
Tableau II : Répartition des patients en fonction de la profession :.....	29
Tableau III : Répartition des patients en fonction du Niveau d'alphabétisation :	30
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la fréquence des motifs de consultation :	31
Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'Ancienneté des troubles .	32
Tableau VI : Répartition des patients en fonction des facteurs déclenchants.....	32
Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'âge du premier rapport et la fréquence des rapports sexuels par semaine.....	33
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des antécédents.....	34
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du poids.....	35
Tableau X : Répartition des patients en fonction du Toucher Rectal	36
Tableau XI : Répartition des patients en fonction du resultat des examens biologiques	39
Tableau XII : Répartition des patients en fonction du resultat du bilan hormonal	40
Tableau XIII : Répartition des patients selon l'évolution et le type de traitement	43

Liste des figures :

Figure 1 : Anatomie de l'appareil uro-génital de l'homme	8
Figure 2 : Anatomie du pénis vue transversale	9
Figure 3 : Corps érectiles	10
Figure 4: vascularisation du pénis	11
Figure 5 : Relaxation musculaire lisse permettant l'ouverture des espaces sinusoïdes et la vasodilatation artérielle.....	14
Figure 6 : Maladie de Lapeyronie	15
Figure 7 : La prothèse pénienne	21
Figure 8 : Les différents types de Vacuum	22
Figure 9 : Répartition des patients en fonction de l'Age.	28
Figure 10 : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial	28
Figure 11 : Répartition des patients en fonction du Lieu de résidence	30
Figure 12 : Répartition des patients en fonction du résultat de l'Echographie doppler des corps caverneux	37
Figure 13 : Répartition des patients en fonction du resultat de l'ECBU	38
Figure 14 : Répartition des patients en fonction du type de traitement	41
Figure 15 : Répartition des patients en fonction de l'évolution.....	42

Table des matières :

I.	INTRODUCTION :	1
II.	OBJECTIFS :	3
1.	Objectif général :	3
2.	Objectifs spécifiques :	3
III.	GENERALITES :	5
1.	Définition :	5
2.	Épidémiologie	5
3.	Rappel anatomique	6
4.	La physiologie de l'érection :	12
5.	La physiopathologie de la dysfonction érectile.	14
6.	Etiopathologie de la dysfonction érectile	14
7.	Étude clinique	17
8.	Examens complémentaires	18
9.	Traitement	19
IV.	MÉTHODOLOGIE	24
1.	Cadre d'étude	24
2.	Type et période d'étude :	25
3.	Critères d'inclusion :	25
4.	Critères de non inclusion :	25
5.	Collecte :	25
V.	RESULTATS	28
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	45
VII.	CONCLUSION	51
VIII.	RECOMMANDATIONS :	52
IX.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
X.	ANNEXES	59

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

La dysfonction érectile (DE) est de plus en plus fréquente chez l'homme âgé surtout en cas de comorbidités comme l'Hypertension artérielle (HTA), le diabète, la dyslipidémie et l'obésité.

Un homme sur trois a des troubles de l'érection après 40 ans. On estime que 70% des couples ont une sexualité active après 70 ans [1].

Ainsi Berthe HG et coll au centre hospitalier universitaire de Point G ont rapporté que la prévalence de la DE était 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 [2].

En France dans le Service d'urologie de l'hôpital Tenon, une prévalence de plus de 30% de DE était observée chez les patients diabétiques [1].

À Dakar une prévalence de 16% était estimée chez les diabétiques [3].

Au Mali la prévalence de la DE est estimée à 1,7% [4].

Le tabac, les facteurs hormonaux et certains médicaments sont également impliqués dans la survenue de cette affection [5].

Il existe plusieurs moyens thérapeutiques selon l'orientation étiologique : hygiéno-diététiques, médicamenteux, hormonaux, psychologiques ou comportementaux et chirurgicaux [5]

Beaucoup pensent qu'il n'y a pas de traitement médical pour les dysfonctions érectiles ; tout au plus ces derniers iront voir le tradi-thérapeute en première intention, convaincus qu'il s'agit d'un sort jeté qu'il convient tout simplement de conjurer [6]

D'où, l'intérêt de notre étude intitulée **dysfonction érectile**. Pour se faire, nous nous sommes fixés les **objectifs** suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Évaluer la prise en charge de la dysfonction érectile dans le Service d'Urologie du CHU Point G.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients.
- Étudier l'évolution de la DE sous différentes thérapeutiques.
- Évoquer son impact sur la qualité de vie des patients.

GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Définition :

La DE se définit comme l'incapacité persistante et ou récurrente pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante et cela depuis au minimum trois mois [7].

Ailleurs, il existe des érections douloureuses et irréductibles, survenant la plupart du temps en dehors de toute stimulation sexuelle (priapisme); également certaines éjaculations surviennent à très court terme, limitant la durée de l'érection et altérant considérablement la qualité de l'acte sexuel : c'est l'éjaculation précoce; excluent de cette étude, de même que la baisse de la libido qui est une absence du désir sexuel chez l'homme frappé par cette maladie [8].

2. Épidémiologie

La DE est de plus en plus fréquente. Elle dépend essentiellement de trois paramètres, outre leur autre manifestation idiopathique.

Ces paramètres sont : l'âge, la situation familiale et les pathologies préexistantes.

-l'âge: les statistiques montrent que 5% des hommes dans la quarantaine sont concernés, tandis qu'à partir de la soixantaine cette prévalence monte à 25% [8].

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le vieillissement entraîne un déclin de la fonction sexuelle chez l'homme en bonne santé ; les érections apparaissent plus lentement et sont moins rigides, l'éjaculation est moins vigoureuse, le volume éjaculatoire diminue, la période réfractaire s'allonge, la sensibilité tactile du pénis s'émousse et les érections nocturnes voient leur fréquence et leur durée décroître [6].

-la situation familiale: la prévalence est beaucoup accentuée chez les hommes mariés que chez les célibataires, dans une population d'hommes âgés de 50 ans au moins [6].

-Les pathologies préexistantes : Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies psychiatriques, les troubles psychologiques, le déficit hormonal et

aussi les conditions socio-économiques défavorables, le tabagisme sont des facteurs de risque établis de la DE.

3. Rappel anatomique

3.1. Le bas appareil urinaire

3.1.1 La vessie [9 ;10]

La vessie est un réservoir dans lequel l'urine qui s'écoule par les uretères s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions.

Situation : Il est subpéritonéal, derrière la symphyse pubienne, au-dessus du plancher pelvien et de la prostate, en avant et au-dessus du rectum et des vésicules séminales.

Capacité : elle varie entre 150 à 500 cm³ ; en moyenne elle est égale à 300cm³ et peut contenir jusqu'à 2 à 3 litres d'urine [11].

Vascularisation : La vessie reçoit le sang artériel de :

- Artère vésicale supérieure, qui provient de la portion perméable de l'artère ombilicale,
- Artères vésicales inférieures, naissent des artères iliaques internes,
- Artères vésicales antérieures, naissent des artères honteuses internes

Les veines vésicales forment un plexus veineux vésical et drainent vers les veines iliaques internes.

Innervations : Les fibres para sympathiques sont responsables de l'ouverture des sphincters et de la contraction de la musculature vésicale, elles naissent des segments S2-S4 des nerfs splanchniques. Les sympathiques sont responsables de la fermeture des sphincters, et naissent des segments L1-L3 des nerfs splanchniques lombaires.

3.1.2 Prostate [12]

C'est une masse glandulaire située au-dessous de la vessie, au-dessus du plancher périnéal, en avant du rectum et en arrière de la symphyse pubienne autour du carrefour formé par l'urètre et les voies spermatiques.

Elle est traversée par : la partie prostatique de l'urètre, le sphincter lisse, la partie supérieure péri prostatique du muscle sphincter de l'urètre, l'utricule prostatique et les conduits éjaculateurs.

Vascularisation : Les artères viennent des artères prostatique, vésicale inférieure et rectale moyenne. Les veines se jettent en avant et sur les côtés dans le plexus veineux prostatique, en arrière dans le plexus séminal. Le sang de ces plexus est conduit à la veine iliaque interne par les veines vésicales.

Innervations : elles proviennent du plexus hypogastrique.

3.1.3 Urètre [13]

C'est le canal excréteur de la vessie, il livre passage également au sperme à partir des orifices d'abouchement des conduits éjaculateurs. Il a un calibre irrégulier, deux orifices et est divisé en trois parties :

-L'urètre prostatique, long de 3 à 3,5cm ; traverse la prostate.

-L'urètre membraneux, traverse le plancher pelvien (diaphragme uro-génital), très court :1,5cm.

-L'urètre spongieux, commence à partir du diaphragme uro-génital et pénètre au niveau du bulbe du pénis dans le corps spongieux qui l'entoure sur toute sa longueur. Il présente une dilatation bulbaire dans laquelle s'abouchent les glandes bulbo-urétrales. Dans le gland du pénis, l'urètre spongieux porte une dilatation (fosse naviculaire) longue de 2cm.

Vascularisation:

Artérielle :

Urètree prostatique: artères prostatiques

Urètre membraneux : artères rectales inférieures et vésicales

Urètre spongieux : artères du pénis, branches de la honteuse interne.

Veineuses: forment des plexus veineux et se jettent dans les veines vésico-prostatiques, séminales et du pénis.

Haut

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

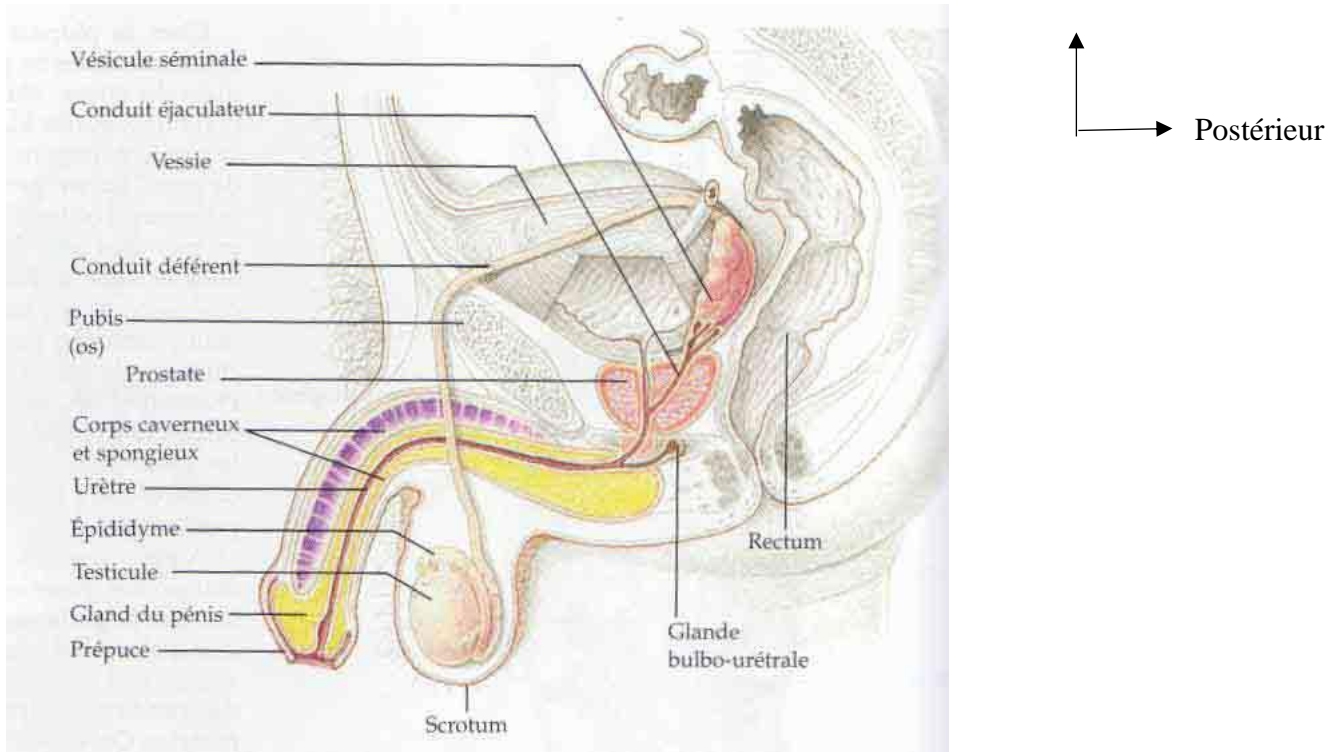


Figure 1 : Anatomie de l'appareil uro-génital de l'homme

3.2 Anatomie du pénis

Le pénis, organe de la copulation et de la miction chez l'homme, est constitué essentiellement par les organes érectiles entourés par des enveloppes [14].

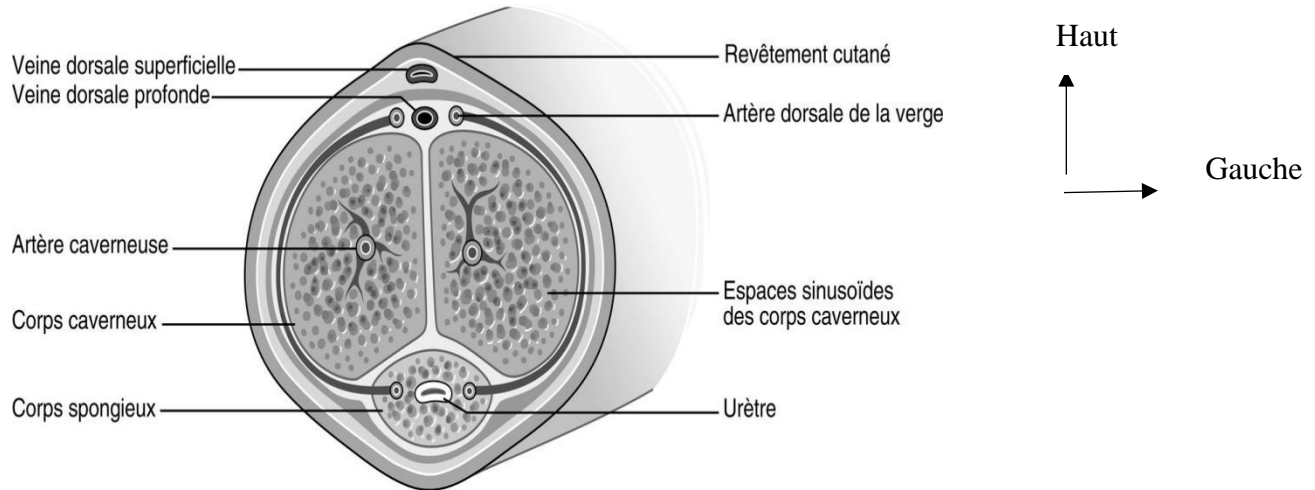


Figure 2 : Anatomie du pénis vue transversale [6]

3.2.1 Les enveloppes

Hormis le gland, les organes érectiles sont entourés de quatre enveloppes; de la superficie à la profondeur on a :

- La peau, fine et mobile ;
- Le dartos pénien ;
- Le fascia de Colles ;
- Le fascia pénis ou fascia de Buck

3.2.2 Les corps érectiles :

Le pénis contient trois structures qui permettent l'érection ; car elles contiennent du tissu érectile. Ce sont les 2 corps caverneux (latéralement) qui sont des cylindres parallèles situés au centre du pénis, et le corps spongieux (médian en dessous) qui contient l'urètre et qui constitue l'essentiel du gland (en avant).

3.2.3 Les corps caverneux : [3]

Constituer d'un squelette conjonctif de près de 50 % de fibres musculaires lisses dites trabéculaires ; un réseau d'espaces vasculaires (espaces sinusoïdes), dont la face interne est tapissée par un endothélium, qui a la capacité de sécréter des substances actives sur la musculature lisse : monoxyde d'azote (NO).

3.2.4 Le corps spongieux :

Il engaine l'urètre antérieur sur toute sa longueur. Son albuginée est moins résistante et ses aréoles contiennent moins de fibres musculaires lisses. Il est séparé des corps caverneux par le fascia de Buck.

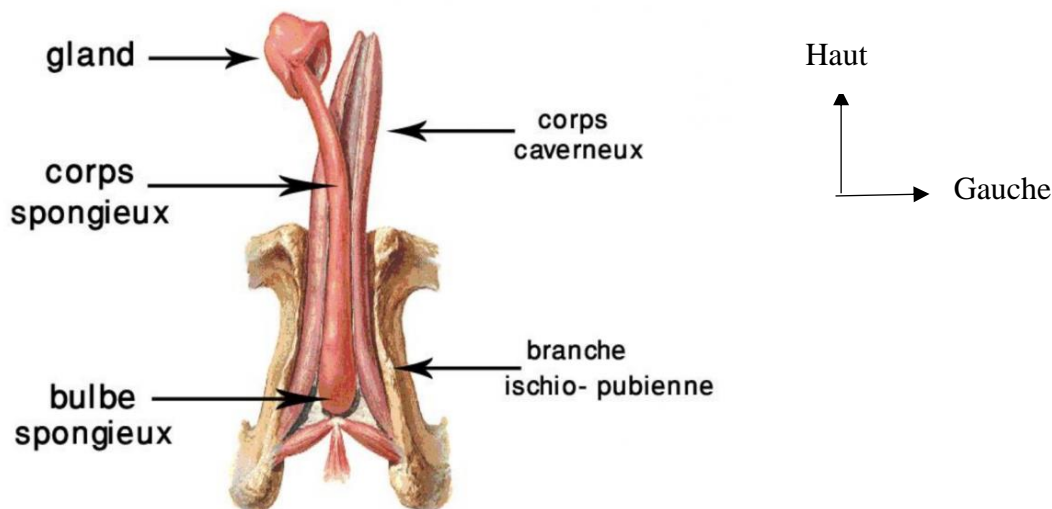


Figure 3 : Corps érectiles [3]

3.2.5 Le gland :

Il présente à son sommet le méat urétral et est séparé du reste du pénis par le sillon balanopréputial sauf sur la ligne médiane où le prépuce vient s'attacher à lui par l'intermédiaire du frein. Le gland est formé d'un tissu érectile identique à celui des corps caverneux et du corps spongieux, mais dépourvu d'albuginée.

3.2.6 Vascularisation du pénis [15]

Artérielle:

L'artère pudendale interne (API) anciennement appelée artère honteuse interne, donne principalement l'artère profonde du pénis (artère caverneuse) ; celle-ci pénètre dans le corps caverneux et donne des branches courtes, les artères hélicines, se terminant directement dans les espaces sinusoides. L'artère dorsale du pénis branche terminale de l'API assure la vascularisation du gland.

Veineuse:

Le drainage veineux est assuré par un réseau profond qui draine les espaces sinusoides et qui conflue vers la veine dorsale profonde puis vers le plexus veineux de Santorini et les veines pudendales qui se terminent dans les veines iliaques internes.

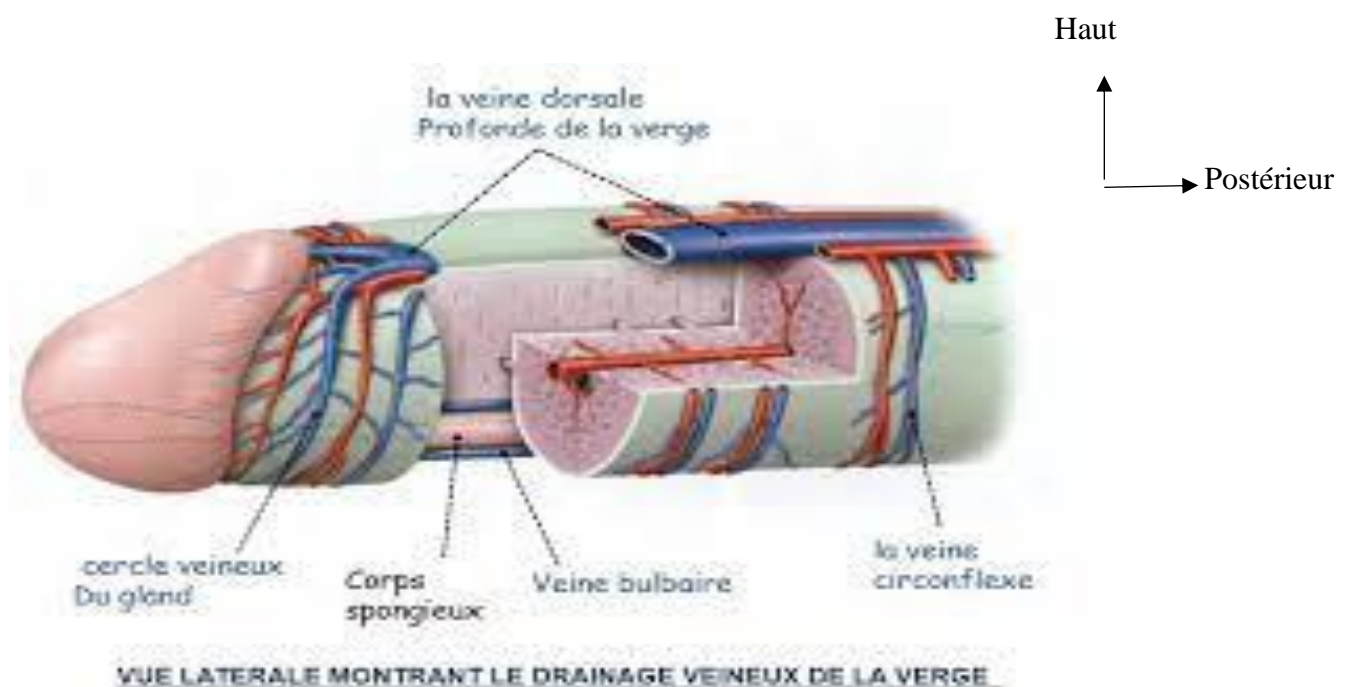


Figure 4: Vascularisation du pénis [3]

3.2.7 Innervation du pénis

Le pénis possède une innervation somatique sensitive et une innervation par le système nerveux autonome sympathique (SNAS), dont le centre est lombaire (D10- L2), et par le système nerveux autonome parasympathique (SNAPS), dont le centre est sacré (S2-S4). L'état de flaccidité ou d'érection du pénis est déterminé par l'état de contraction ou de relâchement des fibres musculaires lisses (vasculaires et trabéculaires), véritable moteur de l'érection, sous le contrôle d'une part des neuromédiateurs du système nerveux autonome (SNA) et d'autre part des substances vasoactives sécrétées par l'endothélium.

4. La physiologie de l'érection :

Lors de l'état flaccide, le système nerveux central (SNC) n'envoie pas de message érogène : le tonus sympathique inhibiteur est prédominant. Les fibres musculaires lisses érectiles vasculaires et trabéculaires sont contractées, empêchant tout remplissage des corps érectiles. Les veines drainent librement le sang pénien [20].

4.1 Les mécanismes de l'érection :

Lors de l'érection, le SNC envoie des messages érogènes. Le SNAS est inhibé et le SNAPS est activé. La libération de substances vasoactives NO et la prostaglandine E1 (PGE1) par les cellules endothéliales des espaces sinusoides, en réponse à l'étirement des cellules musculaires lisses, entretient le relâchement musculaire lisse et donc l'érection. L'érection se déroule en trois phases : la tumescence, la rigidité puis la détumescence.

4.1.1 Le stade de la tumescence :

Elle est caractérisée par le relâchement des fibres musculaires lisses trabéculaires : baisse initiale de la pression intra-caverneuse ; le volume des corps caverneux se majore par déploiement des fibres élastiques de l'albuginée tout en maintenant sa forme cylindrique grâce aux cloisons transversales issues de cette enveloppe.

4.1.2 Le stade de la rigidité :

Le relâchement des muscles lisses des aréoles ayant ainsi permis leur remplissage et l'augmentation de la pression jusqu'à la valeur de la pression artérielle systémique, Le débit veineux chute de manière considérable au niveau de la veine dorsale du pénis, ce qui conduit à une augmentation de la pression intra-caverneuse (environ 110 mmHg). Cette rigidité du pénis dépend donc non seulement de l'apport artériel, mais aussi de l'efficacité de l'occlusion veineuse dans les corps caverneux [15].

4.1.3 La détumescence :

Au moment de l'éjaculation, les voies génitales et les muscles périnéaux sont le siège d'ondes contractiles d'où leur relâchement, par une stimulation du système sympathique. La pression intra pénienne s'effondre, entraînant la normalisation du retour veineux et le début de la détumescence [3].

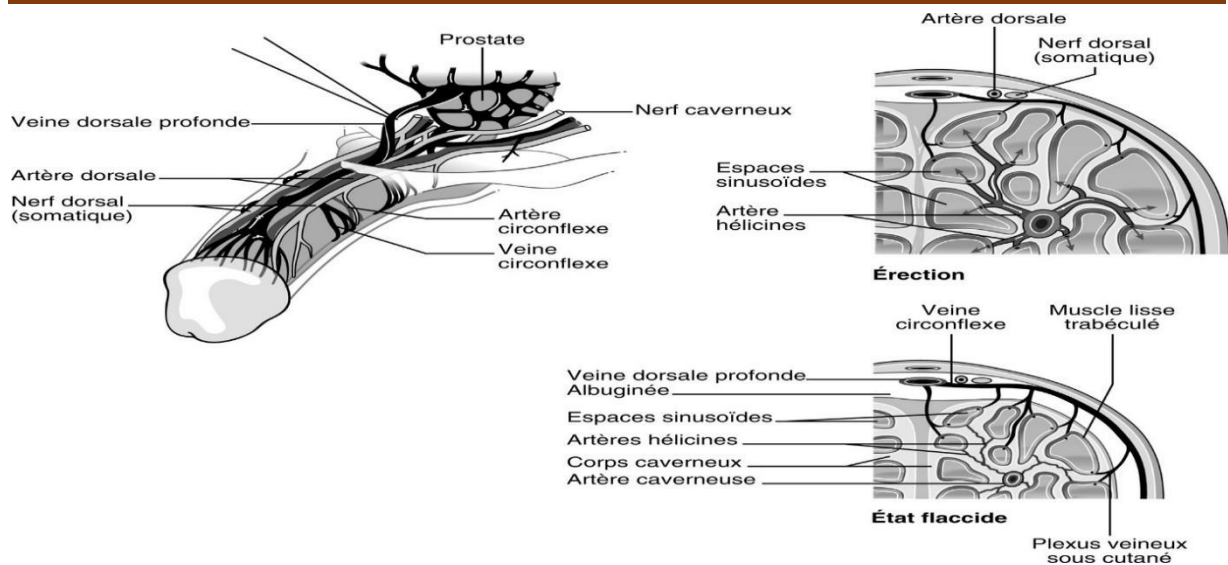


Figure 5 : Relaxation musculaire lisse permettant l'ouverture des espaces sinusoides et la vasodilatation artérielle [16].

5. La physiopathologie de la dysfonction érectile.

La multiplicité des systèmes intervenant pour permettre l'érection et leurs intrications les uns dans les autres, exigent une parfaite synchronisation pour mener à bien ce processus. La défaillance d'un de ces systèmes peut à lui tout seul être à l'origine d'une DE. Pour bien comprendre cette physiopathologie, il faut savoir tout d'abord que la DE peut relever de mécanismes organiques mais aussi fonctionnels, dont il est indispensable de faire la part pour pouvoir donner à chaque patient le traitement le plus adapté. Ces mécanismes qu'ils soient organiques ou fonctionnels relèvent d'affections vasculaires, endocriniennes, neurologiques, iatrogènes, psychologiques ou même psycho-sociales [6;17].

6. Étiopathologie de la dysfonction érectile

6.1. La dysfonction érectile d'origine organique

Ce sont les plus rares ; nous avons entre autres:

a- Atteinte tissulaire

Les structures péniennes, comme tous les autres tissus de l'organisme humains, sont exposées à des dommages plus ou moins importants et au vieillissement :

a.1. Lésion des corps érectiles

➤ **Fibrose du tissu aréolaire**

Cette fibrose est la conséquence d'une atteinte des corps caverneux, dont les lacunes sont remplies de sang noir et épais, entraînant une érection douloureuse et anormalement prolongée dans le temps. C'est le priapisme (de diagnostic purement clinique), dont la prise en charge relève de l'urgence.

➤ **L'induration des corps caverneux**

C'est la maladie de Lapeyronie, décrite par Lapeyronie, chirurgien de Louis XV. C'est une affection bénigne observée chez 3 à 9 % des hommes. La prévalence est plus élevée chez les diabétiques (10 %) et après prostatectomie radicale (15 %) mais l'étiologie reste inconnue. Elle correspond à une fibrose localisée de l'albuginée formant une plaque. Elle est à l'origine d'une courbure de la verge en érection. Deux phases se succèdent au cours de l'histoire naturelle de la maladie:

- phase inflammatoire (plaque de novo et douleurs) ;
- phase cicatricielle (stabilisation)

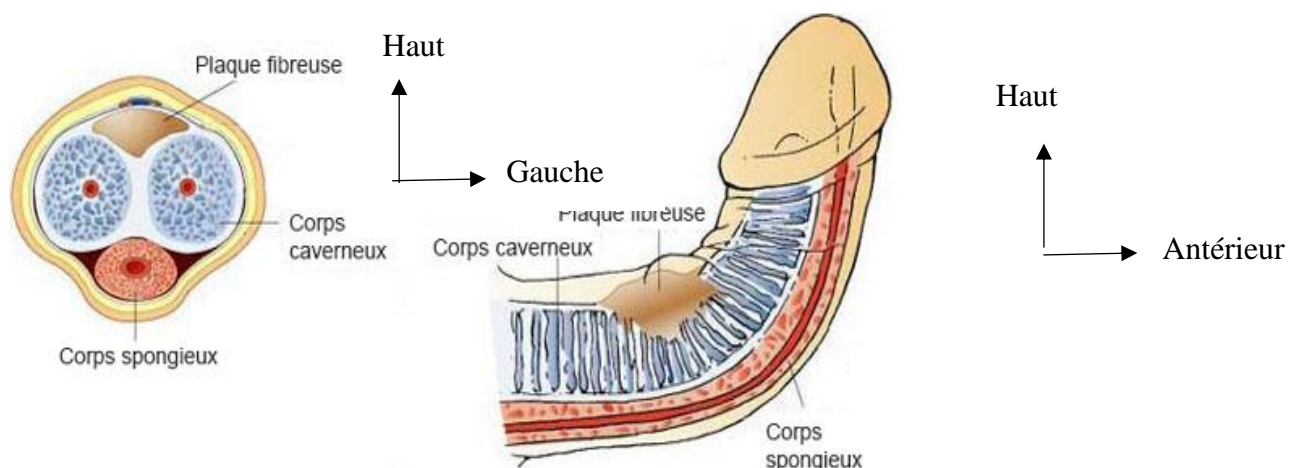


Figure 6 : Maladie de Lapeyronie [3]

a.2. Traumatismes du bassin

Lorsqu'ils entraînent une rupture de l'urètre, les traumatismes du bassin peuvent également être à l'origine de DE. Une fracture de la verge peut entraîner les mêmes conséquences [18].

b. Lésions vasculaires

b.1. Les causes artérielles :

Ce sont surtout les médicaments utilisés pour le traitement de l'HTA qui peuvent en être la cause. La DE cesse habituellement quelques temps après l'arrêt du traitement d'antihypertenseur.

b.2. Les atteintes veineuses

On peut observer une fuite veineuse (défaut d'occlusion) au niveau des veines du pénis : le sang s'échappe des corps caverneux au cours de l'érection [6].

Les séquelles de priapisme, comme cela a été dit plus haut, constituent une cause de DE irréversible, de même que la sclérose en plaque.

c. Atteinte neurologique

Ceci se rencontre principalement dans les traumatismes de la moelle épinière, la maladie de Parkinson, le tassement des vertèbres lombaires et/ou sacrées, le syndrome de la queue de cheval.

d. Atteinte hormonale

L'érection a un lien étroit avec les hormones mâles, en particulier la testostérone ; mais la diminution du taux de testostérone dans le sang est plus souvent associée à une baisse de la libido, une perte d'intérêt pour le sexe, qu'à une DE [19].

On peut citer l'hypogonadisme (conséquence d'une tumeur hypophysaire), un traitement par œstrogènes ou anti androgènes, une castration médicale (agonistes de la gonadolibérine : LHRH) ou chirurgicale, l'hyper ou l'hypothyroïdie, les maladies des glandes surrénales (maladie de Cushing, maladie d'Addison), l'augmentation de la prolactinémie au cours de l'insuffisance rénale chronique où

de nombreuses hormones ont une sécrétion et un métabolisme modifiés (d'où l'intérêt du dosage de la créatininémie).

6.2 La dysfonction érectile d'origine psychogène

Ce sont :

- la dépression ;
- le stress (professionnel, social, dans le couple) ;
- l'anxiété, dont l'anxiété de performance.

Toutes les causes psychiques conduisent habituellement à des cercles vicieux : la dépression, le stress, l'anxiété conduisent à des troubles sexuels, qui eux-mêmes aggravent l'état qui les a générés [6].

7. Étude clinique

7.1 L'interrogatoire [3,20]

Cinq points sont essentiels :

- Les antécédents : en particulier chirurgicaux ou traumatiques mais aussi médicaux ;
- Les traitements médicamenteux ;
- Le type de DE : primaire ou plus souvent secondaire, ses caractéristiques (rigidité, durée ou fréquence insuffisante, maintien d'une possibilité de rapport), l'existence ou non d'érections matinales ou nocturnes, la possibilité d'érections normales par masturbation ;
- Le maintien d'une libido et d'un orgasme ;
- Les relations dans le couple : en particulier, l'entente entre les deux partenaires, l'existence ou non d'une demande de relations sexuelles de la part de la partenaire (se souvenir que 30 % des partenaires ménopausées sont opposées à la reprise des rapports après une interruption) et parfois les relations extraconjugales et leur qualité.

7.2 L'examen physique

Il est indispensable mais son apport est souvent limité. Il comporte:

- l'étude des caractères sexuels secondaires, à la recherche de signes d'hypogonadisme ou de féminisation ;
- l'examen des organes génitaux par l'évaluation de la taille des testicules et de leur consistance ;
- l'examen du prépuce et de la peau du pénis : appréciation de l'élasticité pénienne et palpation à la recherche de plaques de fibrose ;
- un toucher rectal avec appréciation de la prostate et du tonus du sphincter anal ;
- l'étude de l'état cardiovasculaire : palpation des pouls fémoraux et distaux ainsi que pénien ;
- un examen neurologique orienté, étudiant la sensibilité périnéale, le tonus du sphincter anal et le réflexe bulbocaverneux

8. Examens complémentaires [21]

8.1 En première intention

On recherchera les facteurs de risque cardiovasculaires, glycémie, cholestérol HDL (lipoprotéine de haute définition), triglycérides, puisque toute DE doit être considéré, jusqu'à preuve du contraire, comme un marqueur d'anomalies cardiovasculaires. Le bilan hormonal: testostéronémie, LH (hormone lutéinisante) et FSH (hormone de stimulation folliculaire), prolactinémie se fera ensuite ; et sur le plan urologique on dosera le PSA (antigène prostatique spécifique), la créatinine, la débitmètre, l'ECBU (examen cyto bactériologique des urines) plus antibiogramme et une échographie de l'appareil urinaire avec évaluation du RPM (résidus post mictionnel).

8.2 En deuxième intention

Ils sont au nombre de deux : l'injection intra caverneuse de drogues érectogènes (test à la papavérine ou au moxisylyte) et l'échographie Döppler pénienne. Ce bilan de deuxième intention n'est indiqué qu'en cas d'échec prouvé de la

première prise en charge, après s'être assuré que cette prise en charge initiale a été suffisante et bien suivie.

8.3 En troisième intention

Il s'agit de l'électromyographie du muscle bulbo-caverneux, de l'évaluation de la latence du réflexe bulbo-caverneux, de la mesure de la vitesse de conduction du nerf dorsal du pénis et des potentiels évoqués. Un bilan tissulaire (après biopsie des corps caverneux) peut être demandé en dernier essor, pour évaluer le pourcentage de fibrose des corps caverneux.

9. Traitement

9.1 But du traitement

C'est surtout de restaurer la fonction sexuelle ; de traiter une dépression et d'améliorer la vie du couple.

9.2 Les méthodes

Le traitement de la DE est soit médical ou chirurgical, en fonction de l'étiologie.

9.3 Les moyens

Les moyens thérapeutiques englobent les règles hygiéno-diététiques, les produits médicamenteux et toutes les techniques chirurgicales indiquées pour son traitement.

9.4 Les indications [22]

Le traitement de la DE n'est pas toujours étiologique ; car il est impossible de soumettre tous les patients au bilan étiologique lourd et coûteux qu'il faudrait, pour déterminer avec précision les causes responsables de DE. Aussi traite-t-on en première intention par des mesures non ou peu spécifiques (prise en charge d'inspiration sexologique + traitement symptomatique). Ce n'est qu'en cas d'insuccès de cette première prise en charge que l'on adaptera le traitement aux résultats de l'enquête étiologique ; et selon le cas on procédera alors à une psychothérapie, un traitement médical ou un traitement chirurgical, l'avis du psychiatre étant toujours bon à prendre même en cas de dysfonction reconnus

comme organiques, puisque tout dysfonctionnement érectile a fatalement un sévère retentissement psychologique.

9.5 Traitement de la dysfonction érectile d'origine organique

9.5.1 Traitement de première intention [5]

On doit en premier lieu conseiller l'arrêt de tout toxique et de tout traitement nocif (si cela est bien entendu possible). De plus, on peut prescrire un traitement stimulant non spécifique et anodin, tel l'aspartate d'arginine (Arginine Veyron*, Sargénor*, Potentiator etc.) par exemple. Agrémenté de paroles rassurantes, ce traitement peut suffire si le dysfonctionnement érectile est dû simplement à une « baisse de forme » transitoire comme cela peut se voir au cours de la vie de tout homme.

9.5.2 Le traitement médical de deuxième intention [23]

La vitaminothérapie est encore largement proposée, en raison de son action sur l'asthénie d'une manière générale et quel qu'en soit l'étiologie. On a des agonistes dopaminergiques (yohimbine) et du Mésilate de bromocriptine, puis très récemment le méthyltestostérone (Sexoforte*). Ces derniers sont eux-mêmes principalement indiqués aux cas où une hyper prolactinémie et/ou un hypogonadisme sont prouvés, et ce en l'absence d'un processus tumoral sellaire, supra sellaire ou prostatique.

Les autres nouvelles molécules actuellement disponibles sont : le sildénafil (Viagra*), tadalafil (Cialis*), vardénafil (Levitra*). Ces produits répondent au traitement de la DE d'origine vasculaire, et restaurent la fonction érectile déficiente en accroissant le flux sanguin vers le pénis. Le traitement médical de deuxième intention reste donc largement dominé par la voie parentérale. La testostérone (Androtardyl* par exemple) est administrée à raison d'une injection intramusculaire par mois ; et l'administration de cette hormone peut avoir un certain effet même chez le patient qui la sécrète normalement, en raison de son action stimulante générale et de la valeur psychologique de ce type de traitements.

9.5.3 Le traitement chirurgical [8]:

Tableau I : Traitement chirurgical

Revascularisations (pontages)	Patients jeunes (< 60 ans), sans neuropathie ni diabète, motivés et informés DE artérielles post-traumatiques essentiellement Complications : hypervascularisation du gland Échecs : 40 %
Implants péniens	Le plus souvent gonflables (rarement semi-rigides) Sélection des patients Inconvénients : pas de turgescence du gland, irréversible Complications : – infections : 1 à 5 % des cas (diabétiques) – fuites du liquide de remplissage ou migration du réservoir en cas de prothèses gonflables : 5 % après 1 an, 20 % à 5 ans et 50 % à 10 ans



Figure 7 : La prothèse pénienne

9.5.4 autres traitements : Le système vacuum [8]

Cette technique permet une érection dans la plupart des cas. Elle consiste à provoquer un afflux sanguin dans le tissu érectile, au moyen d'une dépression dont l'origine est une pompe à vide. Une fois l'érection et la rigidité obtenues, un garrot est placé à la racine du pénis pour réduire au minimum le drainage veineux et maintenir ainsi l'érection.



Figure 8 : Les différents types de Vacuum

9.6 Traitement de la DE d'origine fonctionnelle [24]

Lors de la consultation, une enquête clinique doit être faite impérativement, même si elle semble à tort conforter le patient qui attend une réponse physique simple à l'explication de ses troubles. Assez souvent, le trouble psychologique en cause est flagrant, aisément reconnu par le praticien, et assez facilement explicité au patient comme si celui-ci, au plus profond de lui-même, en avait deviné l'existence. Dès lors le processus de traitement est largement engagé puisque le patient consent à appréhender sous l'angle psychologique son trouble sexuel. Ainsi une prise en charge psychothérapique doit être basée sur le dialogue, la mise en confiance et la déculpabilisation.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au service d'Urologie du CHU Point-G situé en commune 3 du district de Bamako, sur la colline de Koulouba. Ce service constitue la dernière référence de la pyramide sanitaire en matière d'urologie au Mali. Il est situé au plein centre du CHU du point G près du rond-point central ; limité au Nord par le bloc opératoire et le service de chirurgie A, au Sud par l'ancienne service de médecine interne, à l'Ouest par le service de gynéco-obstétrique, à l'Est par la cardiologie A. Ce service comprend :

Quatorze (14) salles avec Quarante (40) lits d'hospitalisation

Deux (2) salles de consultation

Une (1) salle de soins

Des bureaux des urologues

Une salle pour les urologues en formation (D.E.S)

Une salle des faisant fonction d'internes

Un bureau pour le major du service

Un bureau pour major du bloc urologie

Une salle pour les infirmiers

Une salle pour les garçons de salle (G.S)

Des toilettes externes pour les malades

Le personnel :

Quatre (4) urologues

Quatre (4) infirmier(es) dont le major

Un major du bloc opératoire

Une secrétaire

Deux (2) aides soignant(es)

Quatre (4) Garçons de salle

Les activités :

Le staff médical, les consultations et les interventions chirurgicales du lundi au jeudi.

La visite des hospitalisés tous les jours. La garde tous les jours assurée par un urologue assisté par deux (2) D.E.S, un (1) interne, un infirmier(e) et 2 G.S.

La formation des futures urologues (D.E.S).

L'encadrement des étudiants (les thèses, les stages et les thèmes de recherche).

2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale et prospective, réalisée sur la période allant du 1^{er} Septembre 2021 au 31 Août 2022.

3. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude : Tous les patients ayant consultés pour DE dans le service et qui ont bénéficié d'une prise en charge.

4. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Les patients vus en consultation dans le service mais ne présentant pas une pathologie andrologique ;
- Les patients vus en consultation dans le service pour SBAU ;
- Les patients souffrant d'affections andrologiques autres que la DE (baisse de la libido, troubles de l'éjaculation, infertilité masculine etc.).

5. Collecte :

5.1 La fiche d'enquête :

Elle comporte 02 pages au total, pour 24 items répartis en 5 rubriques :

- La rubrique administrative (celle-ci porte essentiellement sur l'identification du patient) ;
- La rubrique des données cliniques et des antécédents ; (Motif de consultation, Motif d'admission, Facteurs déclenchants Antécédents familiaux, personnels, habitudes alimentaires)
- La rubrique des examens complémentaires (Échographie doppler des corps caverneux, Biologie);

- La rubrique traitement (médical, chirurgical ou psychothérapie)

-La rubrique évolution : guérison, amélioration ou amendement intermittent.

5.2 Le recueil des données

Les données ont été recueillies par nous même lors des consultations sur des fiches d'enquête anonymes avec le consentement éclairé de chaque patient retenu au préalable.

5.3 La saisie des données et leur analyse :

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word, version 2010.

Leur analyse a été réalisée par le logiciel SPSS.

6. Aspects éthiques :

Le respect de la personne humaine a été la partie intégrante de la présente étude qui s'est vu appliqués les aspects suivants :

- Consentement libre et éclairé des personnes interrogées
- Garantir la confidentialité et l'anonymat, (seule l'équipe de recherche avait l'accès à la base de données).

RESULTATS

V. Résultats

Du 1^{er} Septembre 2021 au 31 Août 2022, nous avons colligé au cours de notre étude qui a duré 12 mois, 66 cas de dysfonction érectiles au service d'Urologie du CHU Point G sur un effectif total de 890 malades admis dans le service, soit une fréquence de 7.41% (66/890).

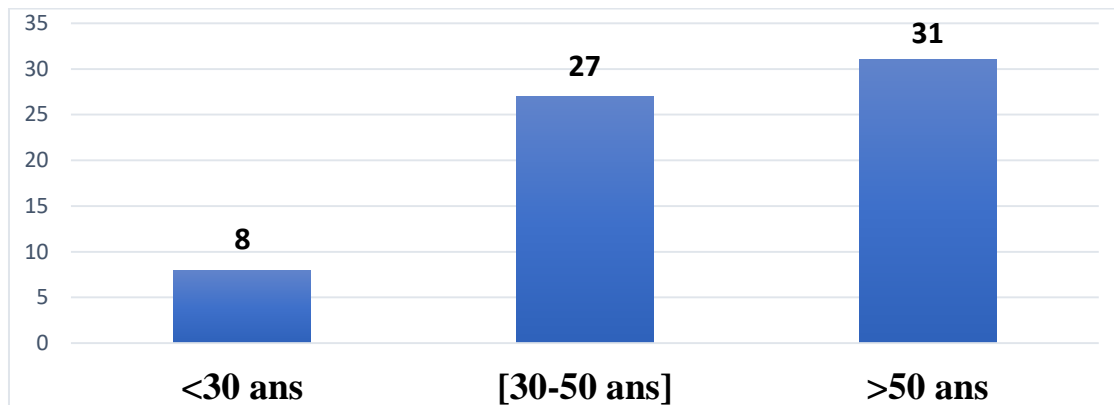


Figure 9 : Répartition des patients en fonction de l'Age.

L'âge moyen des patients était de 48,01 avec des extrêmes de 24 et 77ans
La tranche d'âge de 50 ans et plus était la plus représentée avec 47%.

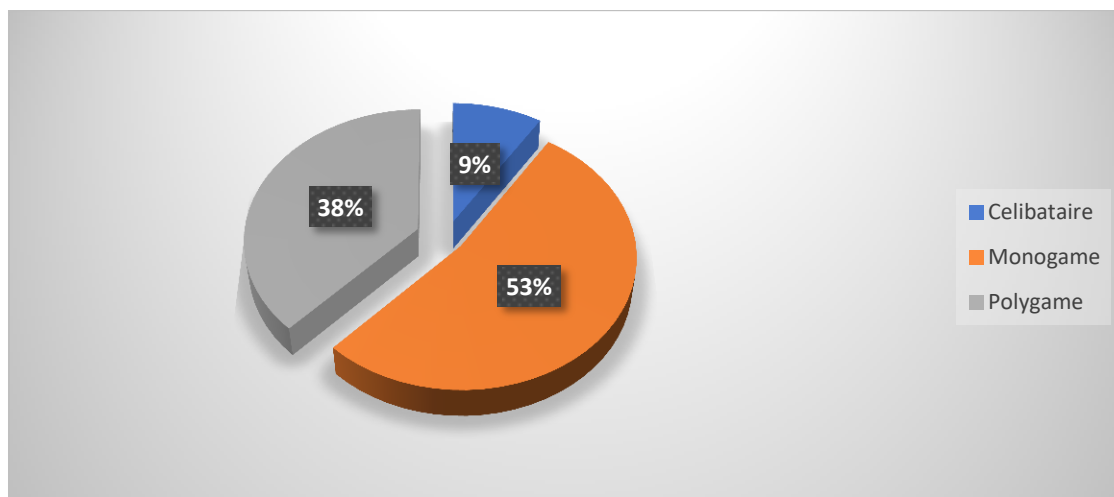


Figure 10 : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Les monogames étaient majoritaires avec 53%.

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la profession :

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	17	25,7
Fonctionnaire	16	24,3
Cultivateur	7	10,6
Ouvrier	6	9,1
Éleveur/Pêcheur	5	7,6
Élève/Étudiant	1	1,5
Autres	14	21,2
Total	66	100,0

Les commerçants étaient majoritaires avec 25,7%.

Autres : Logisticien (1) ; Tailleur (1), Retraité (9), Électricien (1), Agent de sécurité (1) ; Marabout (1).

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau III : Répartition des patients en fonction du Niveau d'alphabétisation :

Niveau d'alphabétisation	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	19	28,8
Fondamental	20	30,3
Secondaire	13	19,7
Supérieur	14	21,2
Total	66	100,0

Le niveau d'alphabétisation le plus représenté étaient le fondamental avec 30,3%.

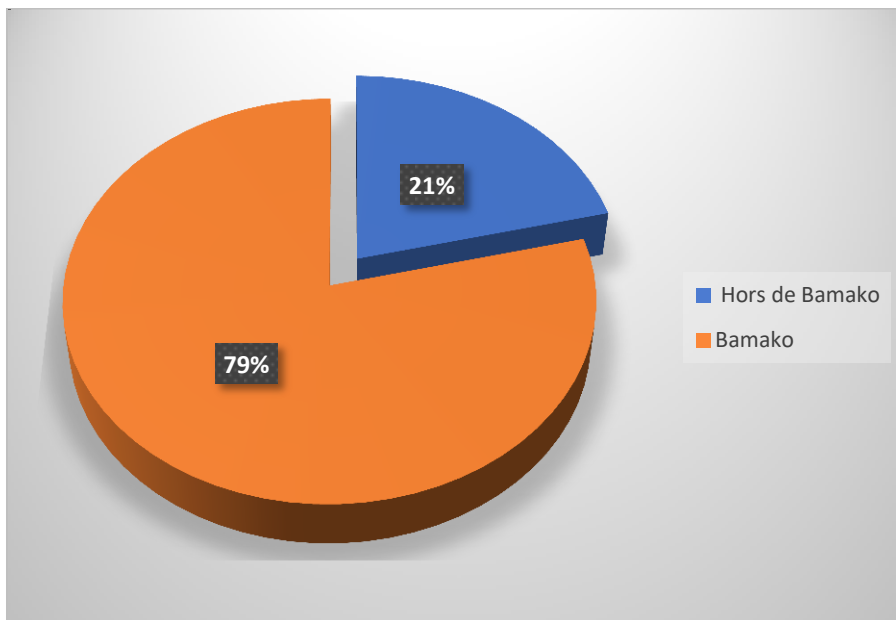


Figure 11 : Répartition des patients en fonction du Lieu de résidence
Environ 78,8% des patients résidaient à Bamako

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la fréquence des motifs de consultation :

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage
Asthénie sexuelle	45	68,18
Plaintes de la partenaire	6	9,09
Baisse de la libido	36	54,54
SBAU	46	69,69
Autres	12	18,18

Après interrogatoire le motif de consultation le plus représentée était le SBAU avec 69,69% à l'opposition des plaintes de la partenaire qui étaient de 9,09%.

Autres : Anéjaculation (1) , Absence d'érection(1) . Douleur testiculaire (1), Éjaculation précoce (1), Atrophie testiculaire (1), Brûlures mictionnelles (3), Courbure de la verge (1), Douleur des OGE vacuité de la bourse gauche (1), Traumatismes de la bourse (2).

NB: A noter qu'un patient peut avoir plusieurs motifs

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'Ancienneté des troubles

Ancienneté des troubles	Fréquence	Pourcentage
Moins d'un mois	3	4,5
Moins d'un an	37	56,0
Plusieurs années	26	39,4
Total	66	100,0

Les patients ayant une ancienneté des troubles de moins d'un an était le plus représentée avec 56%.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction des facteurs déclenchants

Facteurs déclenchants	Effectifs	Pourcentage
Conjugaux	5	7,57
Stress/soucis financier	43	65,15
Asthénie physique	52	78,78
Décès d'un parent	1	1,51

Le facteur déclenchant le plus représenté était l'asthénie physique avec un taux de 78,78%.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'âge du premier rapport et la fréquence des rapports sexuels par semaine

Rapports sexuels		Fréquence	Pourcentage
Age du Premier rapport sexuel	Après 16 ans	51	77,2
	Avant 16 ans	15	22,7
	Total	66	100,0
Par semaine	1 rapport	8	12,1
	2 rapports	29	43,9
	Moins de 1 rapport sexuel	7	10,6
	Supérieurs à 2 rapports	22	33,3
	Total	66	100,0

Environ 77% de nos patients ont eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 16 ans. Les patients qui faisaient 2 rapports sexuels par semaine étaient les plus représentés soit 43,9%.

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des antécédents

	Antécédents	Fréquence	Pourcentage
Familiaux	Non	62	93,9
	HTA	2	3,03
	Diabète	1	1,5
	Asthme	1	1,5
	Total	66	100,0
Médicaux	Absent	27	40,90
	Diabète	9	13,63%
	HTA	17	25,75%
	Néphropathie	3	4,54%
	Autres	10	15,15%
Chirurgicaux	Chirurgie pelvienne	16	24,24
	Autres chirurgies	6	9,09
Urologiques	Bilharziose urinaire	35	53,03
	IU	6	9,09
	IST	2	3,03
	Autres	5	7,57

La majorité de nos patients (93,9%) n'avait pas d'antécédents familiaux. L'HTA était l'ATCD familial le plus représenté soit 3,03%.

L'HTA était l'antécédent médical le plus représenté avec 25,75%.

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Autres : ulcère gastroduodéal (2), BPCO (1), Asthme (2), Épilepsie (2), Gastrite (2), Glaucome poly myosite (1).

33,33% de nos patients avaient été opérés.

La bilharziose urinaire était l'antécédent urologique le plus représenté avec 53,03%.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du poids

IMC	Fréquence	Pourcentage
IMC < 30kg/m²	60	90,9
IMC ≥ 30kg/m²	6	9,1
Total	66	100,0

Seulement 9,1% de nos patients présentaient une obésité avec un IMC ≥ 30 kg/m²

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau X : Répartition des patients en fonction du Toucher Rectal

Toucher Rectal	Effectif	Pourcentage
Prostate hypertrophiée	25	37,87
Prostate normale	25	37,87
Prostate douloureux	10	15,15
Non fait	4	6,06
Prostatorrhée	2	3,03
Total	66	100,0

Une Prostate hypertrophiée était retrouvé chez 37,87%.

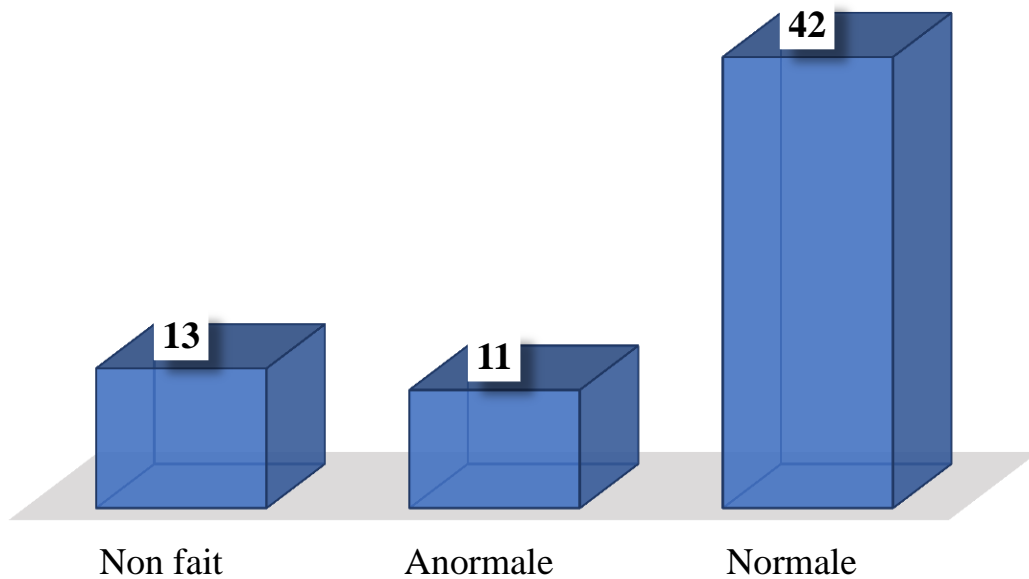


Figure 12 : Répartition des patients en fonction du résultat de l'Echographie doppler des corps caverneux

L'Echographie doppler des corps caverneux était anormale chez 16,7% des patient ; avec une faible vitesse de perfusion (inférieure à 16 cm/s) chez 5 patients (7,57%); une présence de varicocèle chez 4 patients (6,06%) et induration d'un corps caverneux chez 2 patients (3,03%).

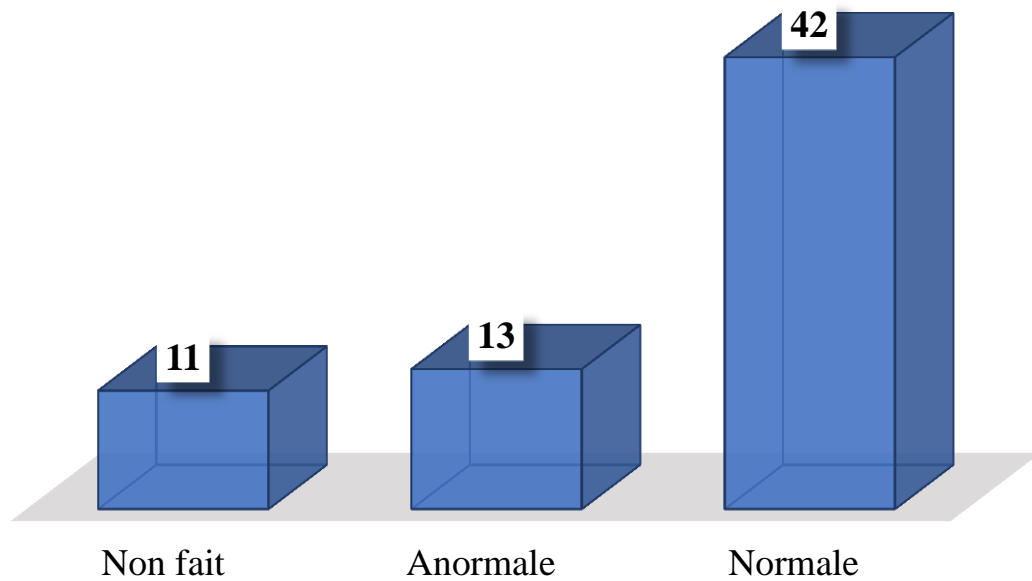


Figure 13 : Répartition des patients en fonction du résultat de l'ECBU

L'ECBU était anormale chez 19,7% des patients avec un résultat de culture positif à **E. Coli Klebsiella** chez 8 patients (12,12%) ; **Neisseria Gonorrhées** chez 3 patients ; (4,54%) et **Staphylococcus Aureus** chez 2 patients (3,03).

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du resultat des examens biologiques

Examens biologiques		Fréquence	Pourcentage
Hémogramme [12,5 à 15,5g/dl]	Non fait	10	15,2
	Normale	56	84,8
	Total	66	100,0
Anormale		3	4,5
Créatininémie [0,6 à 1,1mg/dl]	Normale	63	95,45
	Total	66	100,0
	Anormale		3
Glycémie [0,7g/dl à 1,10g/dl]	Non fait	10	15,2
	Anormale	11	16,7
	Normale	45	68,2
	Total	66	100,0
Lipidogramme [3,87 à 6,45 mmol/l]	Non fait	13	19,7
	Anormale	5	7,6
	Normale	48	72,7
	Total	66	100,0

L'hémogramme était normal chez 84,8% de nos patients.

La créatininémie était anormale (hypercréatininémie) chez 3 patients soit 4,5% des patients.

la glycémie était anormale chez 16,7% des patients dont une hyperglycémie chez 9 patients (13,63%) et une hypoglycémie chez 2 patients (3,03%) ;

Le lipogramme était anormal (taux élevé) chez 5 patients soit 7,6% des patients.

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du resultat du bilan hormonal

Bilan Hormonal		Fréquence	Pourcentage
Testostéronémie [8,2 à 34,6 nmol/l]	Non fait	11	16,7
	Anormale	13	19,7
	Normale	42	63,6
	Total	66	100,0
Prolactinémie [85 à 325mUI/l]	Non fait	12	18,2
	Anormale	11	16,7
	Normale	43	65,2
	Total	66	100,0
LH [5 à15 mUI/m]	Non fait	14	21,2
	Anormale	4	6,1
	Normale	48	72,7
	Total	66	100,0
FSH [5 à 15 mUI/m]	Non fait	13	19,7
	Normale	53	80,3
	Total	66	100,0

La Testostéronémie était anormale chez 19,7% des patients dont élevée chez 10 patients (15,15%) et bas chez 3 patients (4,54%) ;

La prolactinémie était anormale chez 16,7% des patients dont élevée chez 9 patients (13.63%) et bas chez 2 patients (3.03%) ;

La LH était anormale chez 6,1% des patients dont augmentée chez 3 patients (4,54%) et diminuée chez 1 (1,51%) patients ;

La FSH était normale chez 80,3% de nos patients.

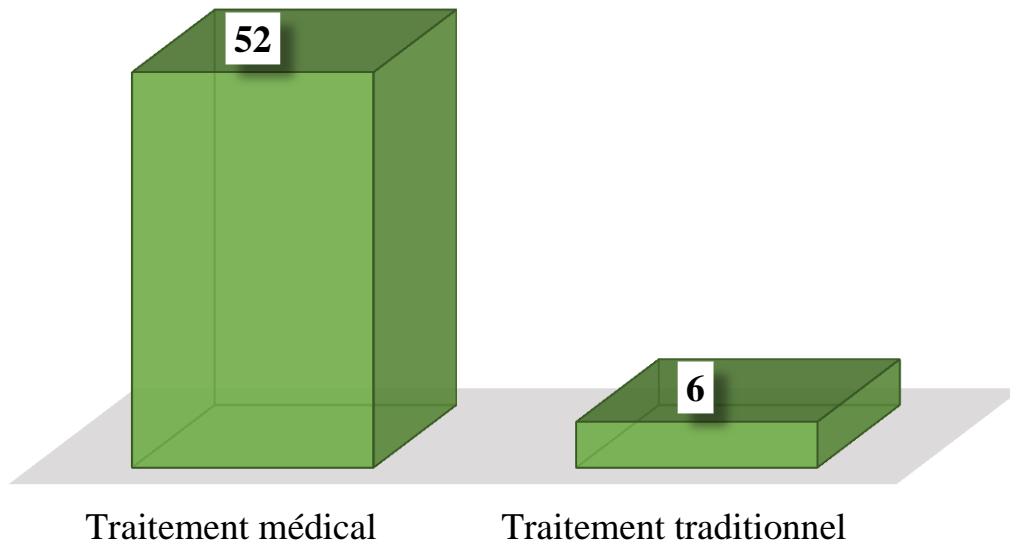


Figure 14 : Répartition des patients en fonction du type de traitement

Le type médical était le traitement le plus représenté à 78,78% avec comme pour molécules : Procomil (*clorhydrate de yohimbine*) pour 25 patients (37,87%); Viagra 100 (*sildénafil citrate*) pour 18 patients (27,27%) et Sexoforte (Méthyltestostérone) pour 9 patients (13,63%).

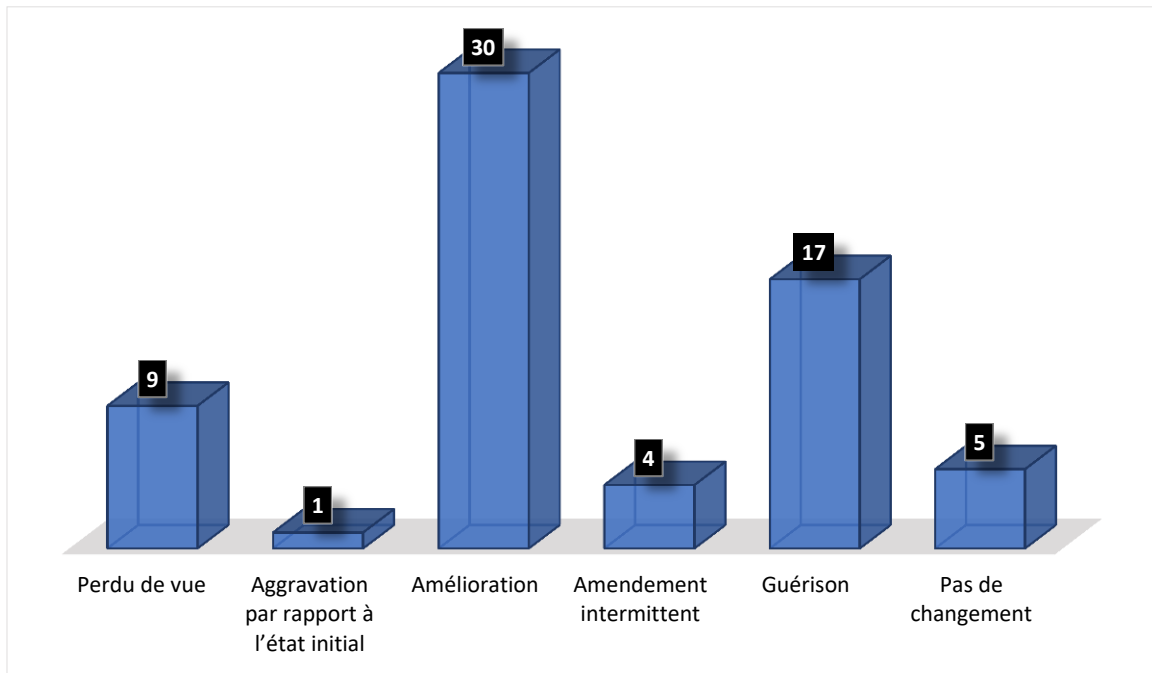


Figure 15 : Répartition des patients en fonction de l'évolution

45,5% de nos patients avaient obtenu une amélioration de leur trouble contrairement à 1% qui ont eu une aggravation par rapport à l'état initial.

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'évolution et le type de traitement

Type de traitement	Évolution					Total	P
	Amélioration	Amendement intermittent	Guérison	Pas de changement	Aggravation par rapport à l'état initial		
Traitement médical	29	4	17	2	0	52	0,01
Traitement traditionnel	1	0	0	3	2	6	0,00
Total	30	4	17	5	2	58	

Dans notre étude 45,5% (30/66) de nos patients avaient obtenu une amélioration de leur trouble.

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre les deux types de traitement et l'évolution de nos patients. ($P < 0,05$)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Du 1^{er} Septembre 2021 au 31 Août 2022, nous avons colligé au cours de notre étude qui a duré 12 mois, 66 cas de dysfonction érectile au service d'Urologie du CHU Point G sur un effectif total de 890 malades admis dans le service, soit une fréquence de 7.41%.

Lasseny TRAORE au CHU Gabriel TOURE avait trouvé une fréquence de 4,53% [3].

1- Données socio démographiques :

1-1 Age :

L'âge moyen des patients était de 48,01ans avec des extrêmes de 24 et 77ans. La tranche d'âge de plus de 50 ans était la plus représentée avec 47%.

Ce résultat se rapproche de celui de **Lasseny TRAORE** qui avaient trouvé un âge moyen de 50 ans avec des extrêmes allant de 20 à 80 ans et une prédominance dans la tranche d'âge de 50 et plus [3].

KONE Ousmane avait trouvé une prédominance dans la tranche d'âge de 36-50 [25].

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

1-2 Profession :

Les commerçants sont exposés dans notre série avec 22,4%. Ce résultat est comparable à celui de **Lasseny TRAORE** et **NWAHA Isaac** qui avaient eu une fréquence respective de 35,4% et 38% [3,6].

Le stress qu'ils vivent quotidiennement en est l'explication la plus probable.

1-3 Situation matrimoniale :

Les hommes mariés ont représenté (90,9%). Ce résultat est compatible avec celui **L. TRAORE** et **NWAHA.I** qui avaient trouvé une fréquence respective 85,4% et 69% de mariés dans leur série. Car la sexualité est considérée comme un devoir conjugal dans notre société [3,6].

1-4 Fréquences

La fréquence des consultations a été de 66 patients reçus dans le service sur une période de 12 mois (soit environ 5 à 6 patients chaque mois), ce qui représente une augmentation sensible par rapport à l'étude réalisée en 2007 dans le service d'Urologie du CHU du Point G et qui avait enregistré 42 cas en 12 mois soit 7 patients reçus dans le service tous les 2 mois [6].

2- Étude clinique :

Dans notre étude la DE s'est installée chez les patients de manière brutale pour la plupart des cas ; Parfois aussi il a été question d'une simple asthénie sexuelle au début, (68,18% environ), de SBAU (69,69%) et dont l'évolution a conduit à une impossibilité d'obtenir une érection normale ou de la maintenir.

Dans notre étude, une Prostate hypertrophiée était retrouvée chez 37,87% au toucher rectal.

La bilharziose urinaire (53,03%), l'HTA (25,75%), les IST (3,03% environ), prédominait dans les antécédents médicaux, suivie par le diabète (9 cas).

Ce qui diffère des résultats de **L. TRAORE** [3] chez qui les IST (73% environ), la bilharziose urinaire (12,5%) prédominait dans les antécédents médicaux, suivie par l'HTA (9 cas) le diabète (2 cas).

La grande majorité des patients était venus en consultation d'eux- mêmes (52 cas), et plus de la moitié souffrait de baisse de la libido (54,54%). Plus de la moitié souffrait de dysfonction érectile depuis moins d'une année (37 cas)

Ces résultats sont semblables aux résultats de **Lasseny TRAORE** chez qui la grande majorité des patients était venus en consultation d'eux- mêmes (40 cas), et différent quant à l'ancienneté de survenue qui était de plus d'un an chez plus de la moitié des patients (39 cas) [3].

3. Examens complémentaires :

Au terme de la première consultation, le bilan standard d'examens complémentaires requis au service d'Urologie du CHU Point G était demandé : la NFS, le dosage de la glycémie, de la testostéronémie, de la créatininémie,

l'ECBU de même que l'échographie Doppler pénienne. Et en fonction des résultats de ces examens étaient demandés : la prolactinémie, le taux sérique de la FSH et LH.

L'Echographie doppler des corps caverneux était anormale chez 16,7% des patient ; avec une faible vitesse de perfusion (inférieure à 16 cm/s) chez 5 patients (7,57%); une présence de varicocèle chez 4 patients (6,06%) et induration d'un corps caverneux chez 2 patients (3,03%).

L'ECBU était anormale chez 19,7% des patients avec un résultat de culture positif à **E. Coli Klebsiella** chez 8 patients (12,12%) ; **Neisseria Gonorrhées** chez 3 patients (4,54%) et **Staphylococcus Aureus** chez 2 patients (3,03).

L'hémogramme était normal chez 84,8% de nos patients.

La créatininémie était anormale (hypercréatininémie) chez 3 patients soit 4,5% des patients.

La glycémie était anormale chez 16,7% des patients dont une hyperglycémie chez 9 patients (13,63%) et une hypoglycémie chez 2 patients (3,03%) ;

Le lipogramme était anormal (taux élevé) chez 5 patients soit 7,6% des patients.

La Testostéronémie était anormale chez 19,7% des patients dont élevée chez 10 patients (15,15%) et bas chez 3 patients 5 (4,54%) ;

La prolactinémie était anormale chez 16,7% des patients dont élevée chez 9 patients (13.63%) et bas chez 2 patients (3.03).

La LH étaient anormale chez 6,1% des patients dont augmentée chez 3 patients (4,54%) et diminuée chez 1 patient (1,51%).

La FSH était normale chez 80,3% de nos patients.

Dans la plupart des cas, les résultats de ces examens étaient normaux, ce qui confirme l'origine psychogène de la grande majorité de la DE.

Il faut cependant noter que certains examens recommandés en deuxième et troisième intentions par plusieurs auteurs n'ont jamais été prescrits, par manque de moyen logistique [22; 26; 27].

4. Traitements :

4.1. En première intention :

À la fin de la première consultation et en attendant les résultats des examens complémentaires, des conseils pratiques étaient donnés, incluant l'arrêt de certains comportements nocifs (l'hyper activité entre autres) et l'abandon de l'automédication. Et même chez les patients dont le trouble psychologique en cause semblait évident (difficultés socioéconomiques, stress etc.).

4.2 Le traitement étiologique :

4.2.1 Le traitement des troubles d'origine organique :

Trois (03) médicaments étaient à la base du traitement des troubles d'origine organique avec comme pour molécules : Procomil* (*clorhydrate de yohimbine*) pour 25 patients (37,87%); Viagra* 100 (*sildénafil citrate*) pour 18 patients (27,27%) et Sexoforte* (Méthyltestostérone) pour 9 patients (13,63%). Ce résultat est comparable à celui **Lasseny TRAORE** qui avait eu une prescription de 35,4% de Procomil [3].

4.2.2 Le traitement hormonal :

Lorsque la testostéronémie était effondrée, la prescription d'un produit contenant cette hormone était de règle, à défaut de la testostérone pure indisponible dans les pharmacies locales. Et en cas de prolactinémie anormalement élevée, le mésilate de bromocriptine (Parlodel*) était prescrit systématiquement.

4.2.3 Le traitement des pathologies associées :

Certains patients ne se rendaient compte de l'élévation de leur pression artérielle et/ou de leur glycémie à jeun que par les résultats du bilan classique et des examens complémentaires demandés. Et lorsque l'hypertension ou le diabète était confirmé, après plusieurs contrôles, ces patients étaient orientés vers les services spécialisés.

4.2.4 Le traitement de la dysfonction érectile d'origine fonctionnelle :

Ce traitement a consisté à donner des conseils pratiques visant à aider le patient à se remettre en confiance. Ce qui concorde avec le résultat de **Lasseny TRAORE** qui avait utilisé la même technique [3].

Cependant l'avis du psychologue n'a jamais été demandé, contrairement à ce qui est recommandé par bon nombre d'auteurs [17,18]

5. Évolution :

Durant notre étude, 17 sur 66 patients (25,8%) ont retrouvé une érection normale, 30 notaient une amélioration progressive depuis quelques mois soit 45,5% alors que 4 présentaient un amendement intermittent SOIT 6,1% et 5 ne notaient pas d'amélioration soit 7,6%. Un patient (1) ou 1,5%, a plutôt remarqué une aggravation de la dysfonction. Pendant notre période d'étude 9 ont été perdu de vu soit 13,6%. Nos résultats sont similaires à celui de **Lasseny TRAORE** chez qui : 10 sur 48 patients (20,83%) ont retrouvé une érection normale, 31 notaient une amélioration progressive depuis quelques mois et 3 ne notaient pas d'amélioration, quatre patients ont plutôt remarqué une aggravation du trouble pendant notre période d'étude [3].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

Du 1^{er} septembre 2021 au 31 Août 2022, nous avons reçu en consultation 66 patients souffrant de DE dans le Service d'Urologie du CHU du Point G, sur un total de 850 consultations faites. A la fin de cette étude nous constatons que les pathologies en rapport avec le sexe deviennent de moins en moins sujets tabous au Mali. Beaucoup d'efforts restent cependant à faire sur le plan de la prise en charge. Par ailleurs un grand espoir est à nourrir, pour que le service de la Psychiatrie en particulier et tous les autres services du CHU du Point G d'une manière générale, s'impliquent résolument dans le traitement des DE, de concert avec le service d'Urologie dans une approche pluridisciplinaire. Car loin d'être un drame irréversible, le trouble de l'érection est une pathologie qui peut parfois être corrigée.

VIII. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités politiques

- Sensibiliser la population (concept CCC) en vue de lever davantage les tabous autour des affections liées au sexe ;
- Dans le cadre de la recherche, initier une étude des médicaments traditionnels aphrodisiaques, afin d'en connaître les principes actifs pour leur éventuelle utilisation.

Au décanat de la FMOS

- Réintroduire l'enseignement des cours de Sexologie à la Faculté de Médecine, et doter la bibliothèque d'ouvrages urologiques récents.

À la direction du CHU Point G

- Informatiser les dossiers patients

Au personnel du service d'Urologie

- Mettre en confiance le patient qui se présente souvent timidement à la consultation et créer autant que possible les conditions d'un bon examen clinique.
- Expliquer la physiopathologie des troubles de l'érection aux patients qui en souffrent.
- Accorder aux patients un temps nécessaire pour une bonne compréhension de l'intérêt du respect des règles hygiéno-diététiques et des médicaments prescrits.
- Mettre l'accent sur la collaboration entre les urologues andrologues, les endocrinologues et les psychiatres, pour une meilleure prise en charge des patients souffrant de DE.

A la population

- Savoir que la DE est une pathologie comme une autre ; donc ne pas avoir de gêne à consulter précocement un médecin, afin d'éviter une éventuelle aggravation de la situation.
- Éviter l'auto médication et l'utilisation abusive d'aphrodisiaques en cas de DE.

- Respecter les règles hygiéno-diététiques prescrites par les personnels de la santé.

REFERENCES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- *DROUPY S.*

**Epidemiology and physiopathology of erectile dysfunction Ann Urol 2005;
39:71-84**

2- *BERTHÉ H.J.G, Cissé D, Diallo MS et Coll*

**DYSFONCTION ERECTILE PSYCHOGENE CHEZ LES PATIENTS
MARIÉS : A PROPOS DE 102 OBSERVATIONS. PSYCHOGENIC
ERECTILE. Revue-uroandro.org volume 1 N°11 Decembre 2018 page 489**

3- *Lasseny TRAORE*

**Étude prospective de la dysfonction érectile dans le service d'urologie du
CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine, FMOS, Bamako. 18M111**

4- *KONE Ousmane*

**Étude des troubles de l'érection dans le service d'urologie CHU du point G.
Mémoire de médecine; Bamako. 15M023**

5- *Mlle WAFAE BOUCHKARA*

**Mise au point thérapeutique sur la dysfonction érectile.
Thèse de médecine Maroc 2016 Thèse numéro 169/16**

6- *Isaac NWAHA*

**Étude prospective des troubles de l'érection au service d'urologie du CHU
du point G Thèse de médecine 2009 09M215**

7- *DIAKITÉ M.L, OYATTARA A.Z, et Coll*

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE CLINIQUE ET PARACLINIQUE DE LA
DYSFONCTION ERECTILE EN CONSULTATION DANS LE
SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DU POINT G. Mali Medical 2016
Tome XXXI N°4. P17**

8- *EMC-Urologie*

volume n°2 Avril 2013

9- *- Diarra K.* **Rétrécissements urétraux, expérience du service
d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré Thèse de médecine, N°181 Bko 2007**

- 10- *GUILLE F.* Sémiologie urologique, Faculté de médecine-université de Rennes I (septembre 2008) (P1-12)
- 11- Beley S. Progrès en urologie, Rapport 99ème congrès de l'association Française d'urologie 2005
- 12- *Rouvière H ; Delmas A.* Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle, 15ème édition révisée par Vincent Delmas Tome II (Masson)
- 13- *Diakité ML, Ouattara Z, Ouattara K et Coll* Les rétrécissements de l'urètre au CHU Gabriel Touré à propos de 77 cas. Méd. Afr. Noire, 2012 ; 59 (4) : 193-197
- 14- *A. Khallouk ;Y. Ahallal et Coll* La dysfonction érectile associée à une hypertrophie bénigne de prostate (HBP) symptomatique : son lien avec le stade évolutif de l'HBP, et son évolution sous différentes thérapeutiques Androl. (2010) 20:262-265
- 15- *BLANC E., MERIA P., CUSSENOT O.* Anatomie chirurgicale des organes génitaux masculins externes Encycl. Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales - Urologie, 41- 390 ; 1998, 12p.
- 16- *Campus d'Urologie* Collège Français des Urologues Item 123 (Item 247) – Hypertrophie bénigne de la prostate
- 17- *BONDIL Pierre* Quelles investigations le non-spécialiste doit-il demander devant un patient consultant pour un dysfonctionnement érectile ? Monographie, année 2004, volume 14, numéro 3
- 18- *PORST Hartmut, BUVAT Jacques.* Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard Practice in Sexual Medicine. Blackwell publishing. 15 avr. 2008 - 416 pages
- 19- *KAMINA P.* Précis d'anatomie Tome IV 27, Rue de l'école de Médecine 750006 Paris Edition 2005

- 20- **BENNANI S., El MRINI M., BENJELLOUN S. *Maghreb Médical* L'impuissance sexuelle : approche diagnostique et thérapeutique. Monographie, année 1995, numéro 290.**
- 21- **Professeur DEBRE *Traité d'urologie Pathologie de l'appareil génital de l'homme Tome IV l'impuissance* 2006**
- 22- **LEGUERRIER A., CHEVRAN-TBRETON O. *Nouveaux dossiers d'anatomie P.C.E.M., 123 Heures de France.***
- 23- **SARRAMON J.P. *Andrologie Tome III Verge-Sexualité-Masculinité Les traitements chirurgicaux de l'impuissance* année 2010**
- 24- **COSTA Pierre *Efficacité et tolérance du Moxisylyte en injection intracarveuse chez le patient présentant un dysfonctionnement érectile : relation effet/dose. Monographie, année 1995, volume 5, numéro 5.***
- 25- **APFELDORFER G *Andrologie Tome III Verge sexualité masculinité Les thérapies cognitivo-comportementales : indications dans le traitement des dysfonctions érectiles et des troubles de l'éjaculation* année 2014 P500-600**
- 26- **KANTE Abdoulaye Adama *Prise en charge des dysfonctions érectiles : relation effet dose effets placebo. Thèse de Médecine. 2005. P128-140 N° 31***
- 27- **ARVIS Gabriel *Andrologie Tome III Verge-Sexualité-Masculinité Hypo et an-érection: conduite diagnostique, Maloine 1991. p.1979-1992***

ANNEXES

X. ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Mayoro

Pays d'origine : Mali

Numéro de téléphone : 70947988 /64205245

E-mail : mayorodembele@gmail.com

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Année académique : 2021-2022

Titre de la thèse : Dysfonction érectile dans le Service d'Urologie (C.H.U Point G).

Secteurs d'intérêt : Urologie, Andrologie, Sexologie, Endocrinologie, psychiatrie.

Résumé :

Du 1^{er} Septembre 2021 au 31 Août 2022, nous avons colligé au cours de notre étude qui a duré 12 mois, 66 cas de dysfonction érectile au service d'Urologie du CHU Point G sur un effectif total de 890 malades admis dans le service, soit une fréquence de 7.41% (66/890). L'âge moyen des patients était de 48,01 avec des extrêmes de 24 et 77ans. La tranche d'âge de plus de 50 ans était la plus représentée avec 47%.

Les commerçants sont exposés dans notre série avec 22,4%.

Après interrogatoire le motif de consultation le plus représentée étaient le SBAU avec 69,69% à l'opposition des plaintes de la partenaire qui étaient de 9,09%.

Au TR une Prostate hypertrophiée était retrouvée chez 37,87%;

Dans la plupart des cas, les résultats de ces examens étaient normaux, ce qui confirme l'origine psychogène de la grande majorité de la DE. Concernant l'évolution 17 sur 66 patients (25,8%) ont retrouvé une érection normale, 30

notaient une amélioration progressive depuis quelques mois soit 45,5% alors que 4 patients présentaient un amendement intermittent soit 6,1% et 5 patients ne notaient pas d'amélioration soit 7,6%. Deux patients (2) ou 3,0%, a plutôt remarqué une aggravation de la dysfonction. Pendant notre période d'étude 9 patients ont été perdu de vu soit 13,6%.

Aspect éthique :

L'étude a été effectuée sur la base des informations données par les patients, et enregistrées dans des dossiers. Ils étaient venus en consultation au service d'Urologie, et les premiers entretiens avaient lieu dans la salle de consultation, dans une atmosphère de consentement éclairé du patient. Les accompagnateurs étaient priés de ne pas assister à l'entretien, lorsque cela était jugé nécessaire.

Bien que relevées sur les fiches d'enquête, les identités des patients et leurs adresses resteront confidentielles et ne feront l'objet d'aucune publication. Mais les données de la fiche d'enquête ont été analysées et commentées, afin de mener à bien notre étude.

Mots clés : Pénis ; érection ; sexualité.

**DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT-
G. À propos de 66 Cas**

FICHE D'ENQUÊTE

N° :

I – Identification :

Q1 - Nom :

Prénom :

Q2 - Age :

Q3 - **Situation matrimoniale** : /... / Monogame =1 Veuf ou divorcé =2 Célibataire =3 Polygame =4

Q4 – **Profession**: /... / _Cultivateur =1 Eleveur/Pêcheur =2 Ouvrier =3 Commerçant =4
Fonctionnaire=5 Elève/Étudiant =6 Autres = 7.....

Q5 - **Niveau d'alphabétisation**: /... / Fondamental=1 Secondaire =2 Supérieur =3 Non scolarisé =4

Q6 – **Ethnie**: /... / Bambara=1 Bobo = 2 Bozo = 3 Dogon = 4 Malinké = 5 Peuhl = 6 Sarakolé = 7
Shoraï = 8 Autres=9

Q7 - **Lieu de résidence** /... / Bamako=1 Hors de Bamako=2 hors du Mali=3

II - Données cliniques :

Q8-**Mode d'admission**: /... / Venu de lui-même =1 Conduit par un tiers =2 Référé par une structure de santé =3

Q9-**Motif de consultation**: /... /

Asthénie sexuelle =1 baisse de la libido=2 Plaintes de la partenaire=3 TUBA=4 Autres =5

Q10-**Ancienneté des troubles**: /... / Moins d'un mois =1 Moins d'un an =2 Plusieurs années =3
Depuis la puberté =4

Q11-**Facteurs déclenchants**: /... / **Pb.** Conjugaux =1 Asthénie physique =2 Stress/soucis financier=3 Décès d'un parent =4

Q12-**fréquence des rapports sexuels avant la survenue du TS par semaine** : /... / moins de 1 rapport sexuel=1 1 rapport=2 2 rapports =3 supérieurs à 2 rapports=4

Q13-**Nbre de consultation** : /... / 1re Consult=1 2è Consult=2 3è Consult = 3 supérieurs à 3 consults= 4

Q14-**Antécédents familiaux** : OUI /... / NON /..... / Si oui, préciser :

Q15- **l'âge du premier rapport sexuel**: /... / **Avant** 16ans=1 après 16ans=2

Q16 - **Antécédents personnels** :

a) **Médicaux** : /... / Diabète =1 HTA =2 Traumatisme pelvien =3 Autres = 4.....

b) **Chirurgicaux**: /... / Chirurgie pelvienne =1 Neuro chirurgie =2 Autres =3.....

c) **Urologiques** : /... / IST =1 IU =2 AVH=3 Bilharziose urinaire =4 Trauma de la verge =5

Q17- **Habitudes alimentaires**: /... / Thé =1 Alcool =2 Café =3 Chocolat=4 Autres = 5.....

Q18- **Autres habitudes** : /..... / Tabac =1 Drogues =2 autres excitants=3.....

Q19 - **Signes généraux**

a) **Etat général**: /... / Bon = 1 Mauvais = 2

b) **Etat psychique**: /... / Stable=1 Instable=2 stress=3 Anxiété=4 Autres :

Q20 - **Examen physique** :

DYSFONCTION ERECTILE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT- G. À propos de 66 Cas

a) **Inspection** : obésité : /.../ Oui=1 ; Non=2
Aspect des organes génitaux externes: /...../ normal =1 Hypotonique = 2 Malformation =3 Autres :

b) **Palpation** : /...../ globe vésical =1 Adénopathie = 2 Douleur hypogastrique Autres :

c) **TR** : /...../ douloureux = 1 P. d'allure bénigne=2 P. d'aspect maligne =3 Prostatorrhée =4 Autres signes = 5.....

d) **Pathologies associées** : /...../ hernie=1 hydrocèle=2 hémorroïdes=3 Autres :

III - Examens para cliniques :

Q21 - Echographie doppler des corps caverneux : /...../ normale =1 anormale = 2

Q22 - Biologie/biochimie :

a) **Hémogramme (NFS) : Tx d'Hb** : /.../ Normal= 1 Anormal = 2

b) **Créatininémie** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

c) **ECBU** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

d) **Glycémie** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

e) **Testostéronémie** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

f) **Prolactinémie** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

g) **LH** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

h) **FSH** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

i) **Lipidogramme** : /...../ Normal= 1 Anormal = 2

IV – Traitement :

Q23 - Itinéraire thérapeutique :

a) **Traitement fait** : /...../ Aucun = 1 Un traitement au moins = 2

b) **Traitement traditionnel** : /..../ Oui = 1 Non = 2

c) **Traitement médical** : /...../ Oui = 1 Non = 2

d) **Traitement chirurgical** : /...../ Oui = 1 Non = 2

e) **Associations** : /...../ b) + c) = 1 b) + d) = 2 c) + d) = 3 b) + c) + d) = 4

V – Evolution :

Q24 - Effet du traitement : /...../

Guérison = 1 Amélioration = 2 Amendement intermittent = 3 Pas de changement = Aggravation par rapport à l'état initial =5

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !