

# La dysfonction érectile au Congo : premières données sur la fréquence de ce motif de consultation et profil clinique au centre hospitalier universitaire de Brazzaville

## Erectile dysfunction in the Congo: initial data on the frequency of consultation appointments requested for this and clinical profile at Brazzaville University Hospital

A.P. Bouya · A.W.S. Odzebe · R. Mayala Maognan · A.M. Ondongo Atipo · N. Andzouana · H.G. Monabeka

Reçu le 17 novembre 2011 ; accepté le 31 mars 2012  
© SALF et Springer-Verlag France 2012

**Résumé** *Objectif* : Étudier les facteurs de risque et les résultats des investigations diagnostiques de la dysfonction érectile en consultation urologique à Brazzaville.

*Méthodologie* : Il s'agissait d'une étude prospective concernant 40 patients âgés de 20 à 80 ans vus en consultation externe d'urologie-andrologie du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville pour dysfonction érectile, de décembre 2009 à août 2010. Les renseignements de la fiche d'enquête concernaient l'âge, les antécédents, les facteurs de risque, les caractéristiques cliniques et paracliniques, et l'Index international de la fonction érectile (IIEF-5) dans sa version française. Les logiciels Epi info version 3.5.1 et SPSS 11.5 ont permis l'enregistrement et l'analyse des données. Le test de Khi 2 a été utilisé pour la comparaison des variables quantitatives et le test d'analyse de variance (ANOVA) pour les variables qualitatives. Le seuil de significativité était de 0,05.

*Résultats* : La fréquence de la dysfonction érectile était de 14,7 %, avec une moyenne d'âge de  $50,7 \pm 12,3$  ans (27–77 ans). La tranche d'âge de 40 à 50 ans était la plus touchée. La durée moyenne de l'ancienneté était de  $2,6 \pm 2,2$  ans (trois mois à neuf ans). Les pathologies associées ont été l'HTA (22,5 %) et le diabète (15 %). Les facteurs de risque retrouvés ont été l'alcoolisme (75 %), le tabagisme (25 %) et l'obésité (12,5 %). La dysfonction érectile était sévère dans 47,5 % des cas et la sévérité était corrélée à l'âge. Elle était insupportable dans 40 % des cas.

*Conclusion* : La dysfonction érectile concerne 14,7 % des

patients vus en consultation urologique. Ce chiffre est certainement sous-estimé en raison des tabous et de la pudeur.

**Mots clés** Dysfonction érectile · Fréquence · Diagnostic · Congo

**Abstract** *Objective*: To study risk factors and diagnostic investigations results of erectile dysfunction in urologic consultation in Brazzaville.

*Method*: It was a prospective study, which included 40 patients between 25 and 80 year-old seen for erectile dysfunction in the external urology-andrology consultation of the teaching hospital of Brazzaville, from December 2009 to August 2010. Information obtained from the investigation form included age, past history, risk factors, clinical and non-clinical characteristics and the international index of erectile function (IIEF-5) in its French translation. Epi Info software version 3.5.1 and SPSS 11.5 were used for data analysis. The Chi squared test was used to compare quantitative results and the analysis of variance (ANOVA) for qualitative results. The significance level was 0.05.

*Results*: The frequency of erectile dysfunction was 14.7%, with an average age of  $50.7 + 12.3$  year-old (27–77 years). The group 40 to 50 year-old was the most affected. The mean duration was  $2.6 + 2.2$  years (three months to nine years). Associated diseases were hypertension (22.5%) and diabetes (15%). The risk factors observed were alcoholism (75%), tobacco use (25%) and obesity (12.5%). The erectile dysfunction was severe in 47.5% of cases and severity was correlated with age. It was unbearable in 40% of cases.

*Conclusion*: Erectile dysfunction was found in 14.7% of patients seen in urologic consultation. This number is underestimated because of modesty and taboos.

A.P. Bouya · A.W.S. Odzebe (✉) · R. Mayala Maognan · A.M. Ondongo Atipo  
Service d'uro-andrologie, CHU de Brazzaville, Congo  
e-mail : odzebe\_s@yahoo.fr

N. Andzouana · H.G. Monabeka  
Service des maladies métaboliques et endocriniennes, CHU de Brazzaville, Congo

**Keywords** Erectile dysfunction · Frequency · Diagnosis · Congo

## Introduction

La dysfonction érectile est l'incapacité persistante pour l'homme d'obtenir une érection de qualité et de durée adéquates pour permettre une activité sexuelle [1,2]. C'est un trouble qui affecte la qualité de vie sexuelle et relationnelle de l'homme. En Europe, sa prévalence peut être évaluée à 20-45 % et son incidence en Occident à 25-30 nouveaux cas pour 1000 habitants par an [3,4]. Il s'agit d'une pathologie multifactorielle impliquant des facteurs de risque comme le tabac, l'alcool, l'obésité, la sédentarité, les maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, les cancers), les maladies endocriniennes, les maladies neurologiques, les facteurs psychologiques [5,6]. Peu de patients consultent leur médecin et peu de médecins abordent la question de la sexualité avec leurs patients. Au Congo, cette pathologie est certainement sous-évaluée et il n'existe pas de données publiées, d'où l'intérêt de cette étude hospitalière préliminaire. Le but de ce travail était d'étudier les facteurs de risque et les résultats des investigations diagnostiques de la dysfonction érectile au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville.

## Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective concernant 40 patients âgés de 20 à 80 ans vus en consultation externe d'urologie-andrologie du centre hospitalier universitaire de Brazzaville pour dysfonction érectile entre décembre 2009 et août 2010. Le diagnostic avait été fait par interrogatoire en utilisant l'Index international de la fonction érectile (IIEF-5) [7]. Le patient remplissait lui-même le test ; cependant, chez les patients non scolarisés, le médecin aidait le patient à la compréhension du test. Ce score comprend cinq questions avec des items permettant de définir quatre types de score : sévère (5-10), moyen (11-15), modéré (16-20), normal (21-25). Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques (âge, provenance, statut matrimonial, profession, les antécédents de diabète, de maladie cardiovasculaire, de chirurgie pelvienne, la consommation d'alcool, de drogue et de tabac), cliniques (mode d'installation et durée, caractéristiques, facteurs déclenchants, les troubles associés) et paracliniques (glycémie, prolactinémie, cholestérolémie, testostéronémie, créatininémie et PSA à partir de 45 ans). Les examens paracliniques ont été prescrits à tous les patients. Les normes pour la testostéronémie et la prolactinémie étaient respectivement de 4,5 à 42 pg/ml et 1,8 à 17 ng/ml, des laboratoires Humann. Un retentissement sur la vie du patient avait été

apprécié par la question suivante : « si vous deviez passer votre vie avec vos problèmes d'érection actuels, comment la trouveriez-vous ? » Quatre réponses étaient possibles : tout à fait insupportable, insupportable, presque supportable, supportable. L'enregistrement et l'analyse des données avaient été réalisés par les logiciels Epi info version 3.5.1 et SPSS 11.5. Le test de Khi-2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives et le test d'analyse de variance (ANOVA) pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité était de 0,05.

## Résultats

Durant la période d'étude, 273 patients ont été vus en consultation externe d'urologie-andrologie pour diverses pathologies dont 40 (14,7 %) pour dysfonction érectile. La répartition des patients selon les pathologies uro-andrologiques est représentée dans le Tableau 1. L'âge moyen des patients présentant une dysfonction érectile était de  $50,7 \pm 12,3$  ans avec des extrêmes compris entre 20 et 80 ans. La tranche d'âge la plus affectée était celle de 40 à 49 ans avec 22 % des patients (Tableau 2). La répartition selon le statut matrimonial était de 77,5 % de mariés, 15 % de célibataires, 5 % de divorcés et 2,5 % de veufs. Tous les patients ayant consulté provenaient de Brazzaville. Selon le niveau d'instruction, 47,5 % avaient fait des études supérieures, 45 % avaient un niveau secondaire, 2,5 % un niveau primaire et 5 % n'avaient jamais été scolarisés. Selon la profession, 72,7 % étaient des agents de l'État, 12,1 % du secteur privé et 15 % des ouvriers du secteur informel. Parmi les agents de l'État, huit étaient enseignants, six douaniers, quatre agents municipaux, deux policiers, un magistrat, un diplomate, un infirmier. Chez 17 patients, les antécédents médicaux étaient l'hypertension artérielle (53 %), le diabète (35 %), des urétrites (6 %) ou un traitement par neuroleptique (6 %). Douze patients avaient des antécédents chirurgicaux de chirurgie pelvienne (17 %), de traumatisme pelvien (17 %) ou de néphrolithotomie (8 %). Les autres facteurs de risque associés étaient l'alcoolisme (75 %), le tabagisme (15 %) et le surpoids (37 %). Les signes associés à la dysfonction érectile étaient une lombalgie (trois cas), une dysurie (deux cas), une pollakiurie, une douleur testiculaire et une gynécomastie (un cas de chaque). L'installation était progressive dans 85 % des cas et brutale dans 15 %. L'ancienneté du trouble était de  $2,6 \pm 2,2$  ans (trois mois à neuf ans). Chez 17,5 % des patients, il existait une difficulté à obtenir une érection chez 35 % avaient une difficulté à la maintenir. Les érections matinales étaient conservées chez 57,5 % des patients et la libido chez 95 %. Des facteurs déclenchants étaient : un conflit conjugal (20 %), des difficultés financières (12,5 %), le décès d'un proche (12,5 %). Dans 40 % des cas, aucun facteur n'a été retrouvé. Les

anomalies diagnostiquées à l'examen physique étaient : de grosses bourses (quatre cas), une gynécomastie (un cas), une galactorrhée (un cas), une varicocèle (trois cas), une hypertrophie prostatique (huit cas), une atrophie testiculaire (un cas), un nodule testiculaire (un cas). Les anomalies biologiques étaient : une hyperglycémie (n = 3), une hypercholestérolémie (n = 9), une hyperprolactinémie (n = 1) à 50,3 ng/ml, une hypercholestérolémie (n = 6). Nous n'avons noté aucun cas d'hypotestostéronémie. Chez 47 % des patients, aucune cause organique n'a été trouvée. La répartition des patients en fonction de la sévérité et du retentissement de la dysfonction érectile est représentée dans les Tableaux 3 et 4.

## Discussion

Notre étude hospitalière n'a concerné que les patients dont le principal motif de consultation était la dysfonction érectile, excluant ceux qui avaient consulté pour un autre motif. Ceci

peut expliquer que notre échantillon soit faible par rapport aux grandes séries ayant concerné la population générale [5,6]. Les critères de diagnostic ont été faits à l'interrogatoire et le score de l'IIEF utilisé dans toutes les études portant sur la dysfonction érectile [6,7]. La dysfonction érectile est le deuxième motif de consultation confirmant la fréquence élevée retrouvée dans la littérature [2,8]. Notre fréquence de 15 % est faible par rapport aux taux de 26 % au Sénégal [5], de 31 % en France [6] et de 35 % au Brésil [9]. Ces études réalisées par autoquestionnaires adressés à une population définie dans la ville peuvent expliquer les taux élevés par rapport à notre étude hospitalière. Par ailleurs, la sexualité étant encore considérée comme un sujet tabou dans notre société, la préférence pour les traitements traditionnels peuvent contribuer à sous-évaluer cette fréquence. L'âge moyen des patients est situé dans la cinquième décennie et la prévalence augmente avec l'âge [3,6,10]. Les hommes mariés sont les plus affectés, cette fréquence élevée peut s'expliquer par la pression exercée par les épouses qui poussent à aller consulter [11]. Dans notre étude, les patients ayant fait des études supérieures prédominent, alors que dans les études françaises, ceux de niveau secondaire sont plus nombreux par rapport au supérieur [6]. L'information et la compréhension du problème peuvent influencer la consultation. Les employés et les retraités sont les catégories professionnelles les plus affectées [5,9,10] ; la dysfonction érectile est un symptôme sentinelle de maladie vasculaire, mais peut être aussi associée à des troubles urinaires du bas appareil et de la libido. L'installation est souvent progressive et le délai de consultation est long. Les patients attendent que le symptôme soit répétitif pour consulter [11]. L'existence d'une situation conflictuelle ou d'un choc affectif peut être un facteur psychologique déclenchant [12]. L'hypertension artérielle constitue un facteur de risque et le diabète une cause fréquente de dysfonction érectile [3,13]. L'hypertension est, comme la dysfonction érectile, une manifestation de la dysfonction endothéliale et du début d'altération du lit vasculaire. Le déséquilibre hormonal (comme l'hypotestostéronémie et l'hyperprolactinémie) et la prise de médicaments constituent des causes de dysfonction érectile. Quant aux traumatismes du bassin et la chirurgie pelvienne, ils sont responsables de la dysfonction érectile par les lésions nerveuses [10]. Le tabagisme et le surpoids sont des facteurs de risque cardiovasculaire et de dysfonction érectile [3,10]. Le tabac a des effets délétères sur l'endothélium au niveau microvasculaire. Un bilan est toujours nécessaire, car l'hyperglycémie, la dyslipidémie, l'hyperprolactinémie et le déficit androgénique sont souvent corrélés à la dysfonction érectile [14-16]. La maladie de La Peyronie, souvent associée à la dysfonction érectile, a été retrouvée chez deux patients de cette série. Sur le plan physiopathologique, les études récentes suggèrent que le microtraumatisme est l'événement déclenchant d'un processus immunologique

Pathologie	n	%
Tumeur prostatique	143	52,4
<b>Dysfonction érectile</b>	<b>40</b>	<b>14,7</b>
Lithiase urinaire	26	9,5
Tumeur rénale	16	5,9
Infertilité masculine	14	5,1
Varicocèle	12	4,4
Infection urinaire	5	1,8
Hydrocèle	4	1,5
Sténose de l'urètre	3	1,1
Kyste testiculaire	3	1,1
Urétrite	2	0,7
Maladie de La Peyronie	2	0,7
Éjaculation précoce	2	0,7
Hypospadias	1	0,4
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100</b>

Âge (ans)	n	%
20-30	1	2,5
30-40	9	22,5
40-50	11	27,5
50-60	9	22,5
60-70	8	20,0
70-80	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

<b>Tableau 3</b> Répartition en fonction de la sévérité de la dysfonction érectile.		
Score IIEF-5	n	%
<b>Sévère</b>	<b>19</b>	<b>47,5</b>
Moyenne	16	40,0
Modérée	5	12,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

<b>Tableau 4</b> Répartition des patients en fonction du retentissement de la dysfonction érectile.		
	n	%
Tout à fait insupportable	13	32,5
Insupportable	16	40,0
Difficilement supportable	5	12,5
Presque supportable	1	2,5
Supportable	5	12,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

complexe, impliquant une surproduction ou une dégradation défailante d'un certain nombre de composants cellulaires impliqués dans les mécanismes inflammatoires et cicatriciels [17].

L'Index international de la fonction érectile a classé une grande proportion des dysfonctions érectiles sévères par rapport aux cas moyens et modérés dans notre étude. Ces résultats sont proches des séries égyptiennes [18] mais inversement proportionnels aux séries françaises [6] et latino-américaines [19]. L'ignorance, les tabous et le délai de consultation peuvent expliquer cette différence. Le retentissement sur la qualité de vie est considérable puisque les deux tiers des hommes s'estiment insatisfaits s'ils doivent passer le reste de leur vie avec une dysfonction érectile [6].

## Conclusion

La dysfonction érectile est une pathologie fréquente, mais reste encore un sujet tabou au Congo. Elle était le motif d'une consultation hospitalière retrouvée dans 14,5 % des cas de notre étude. Elle est certainement sous-estimée en raison de la pudeur et des traitements traditionnels ; il s'agit d'un symptôme qui peut révéler une maladie organique, même si la part de la composante psychologique reste importante. Ainsi, les médecins devraient la rechercher systématiquement lors des consultations, surtout chez les patients souffrant de maladies chroniques.

## Références

- Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al (2004) Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 1:6–23
- Delavière D (2002) Épidémiologie de la dysfonction érectile (première partie). Prévalence et incidence mondiales. *Andrologie* 12:167–85
- Droupy S (2005) Épidémiologie et physiopathologie de la dysfonction érectile. *Ann Urol* 39:71–84
- Cailleau S (2009) Syndrome métabolique : les facteurs de risque de dysfonction érectile. Le point de vue du cardiologue. *Louvain Med* 128:S121–S30
- Diao B, Ndoye A, Fall PA, et al (2007) La dysfonction érectile au Sénégal : profil épidémiologique. *Andrologie* 17:223–9
- Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, et al (2002) Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon de 1004 hommes. *Prog Urol* 12:260–7
- Rhoden EL, Teloken C, Sogari PR, Vangas Souto CA (2002) The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 14:245–50
- Fourcade RO (2010) Troubles sexuels et urinaires plus qu'une association d'idées E. Mémoires de l'académie nationale de chirurgie 9:110-12
- Martins FG, Abdo CH (2010) Erectile dysfunction and correlated factors in Brazilian men aged 18-40 years. *J Sex Med* 7:2166–73
- Azemar MD, Menard J, Ripert T, Staerman F (2009) Le schéma thérapeutique habituel de la dysfonction érectile est-il adapté après 65 ans ? *Prog Urol* 19:202–8
- Costa P, Avance C, Wagner L (2003) Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une étude française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. *Prog Urol* 13:85–91
- Traxel O (2005) Troubles de l'érection. Institut de la conférence Hippocrate. pp 111–338
- Costa P, Grivel T, Giuliano F, et al (2005) La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ? *Prog Urol* 14:203–7
- El Achhab Y, Berraho M, Benslimane A, et al (2008) Diabète et dysfonction érectile au Maroc : étude épidémiologique auprès d'une population de consultants. *East Mediterr Health J* 14:1090-100
- Roumeguère T (2009) Syndrome métabolique, déficit en testostérone et trouble de la fonction érectile. *Louvain Med* 128:116–20
- Abram F, Linke F, Kalfon A, et al (1998) Dysérection secondaire à une hyperprolactinémie. À propos de 13 cas. *Prog Urol* 8:537–41
- Alenda O, Beley S, Ferhi K, et al (2010) Physiopathologie et prise en charge de la maladie de La Peyronie. *Prog Urol* 20:91–100
- Elbendary MA, El-Gamal OM, Salem KA (2009) Analysis of risk factors for organic dysfunction in egyptian patients under the age of 40 years. *J Androl* 30:520–4
- Moreira JR, Lisboa Lobo CF, Villa M, et al (2002) Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Salvador, northeastern Brazil: a population-based study. *Int J Impot Res* 14:S3–S9