

PRIAPISME EN AFRIQUE NOIRE : L'EXPERIENCE DU SERVICE D'UROLOGIE ET D'ANDROLOGIE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MANGA (CNHU-HKM) DE COTONOU.

PRIAPISM IN BLACK AFRICA: THE EXPERIENCE OF THE ANDROLOGY AND UROLOGY DEPARTMENT OF THE HUBERT KOUTOUKOU MANGA NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL IN COTONOU.

Avakoudjo JDG, Hounnasso PP, Yevi IDM, Pare AK, Ouattara A, Kouame B, Vodounou A

RESUME

Objectif: le but de cette étude était d'exposer le profil épidémiologique ainsi que les aspects diagnostique puis thérapeutique du priapisme dans le service d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM de Cotonou chez les adultes.

Patients et méthodes: Notre étude rétrospective à visée descriptive avait inclus 89 patients sur une période de 11 ans (2000 à 2011). Nous nous sommes intéressés aux aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du priapisme. Les variables étudiées ont été regroupées comme suit : renseignements généraux, éléments anamnestiques, éléments diagnostiques et thérapeutiques, évolution et résultats.

Résultats: L'âge moyen des patients était de 35,1ans On notait une prédominance du priapisme dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 40ans (77,77%). Le délai moyen de recours au service d'urologie pour la prise en charge était 7,11jours. Parmi les 58 patients ayant effectué une électrophorèse de l'hémoglobine, on retrouvait 76,4% porteur de trait S. Les patients porteurs de trait S étaient repartis en drépanocytose SS (72,8 %), double hétérozygotes SC (12,5%) et hétérozygotes AS (14,7%). Les patients avaient bénéficié d'abord de ponctions des corps caverneux (73,3%). Dix sept patients avaient refusé tout acte chirurgical sur la verge. Les récurrences étaient fréquentes (78%). La durée d'hospitalisation moyenne était de 4,22 jours. La fibrose des corps caverneux a été constatée dans 44% des cas.

Conclusion: le retard dans l'accès aux soins ainsi que les pesanteurs psychosociales relative au priapisme en font une cause évitable des dysfonctions sexuelles des jeunes patients africains portant les traits d'hémoglobine S.

Mots clés: priapisme, dysfonctions érectiles, drépanocytose, andrologie.

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to expose the epidemiological profile as well as the diagnostic and therapeutic aspects of priapism in the Urology and Andrology Department of the Hubert Koutoukou Manga National University Hospital in Cotonou.

Patients and Methods: Our retrospective study with descriptive purpose included 89 patients. It was carried out over a period of 11 years (from 2000 to 2011). We focused on epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of priapism. The variables studied were grouped as follows: general information, anamnestic elements, diagnostic and therapeutic elements, evolution and results.

Results: The mean age of patients was 35,1ans. A predominance of priapism was noted in the age group between 20 and 40 years (77.77%). The average time of admission to the urology department for treatment was 7,11jours. Among the 58 patients who completed a hemoglobin electrophoresis, there were 76.4% S. trait carrier Patients. S. trait carrier patients were divided into SCD SS (72.8%), double heterozygotes SC (12.5%) and heterozygous AS (14.7%). Patients had received first puncture of the corpora cavernosa (73.3%). Seventeen patients refused any surgery on the penis. Recurrences were frequent (78%). The mean hospital stay was 4.22 days. Cavemosal fibrosis was observed in 44% of cases.

Conclusion: the delay in access to care and psychosocial burdens relative to priapism make it a preventable cause of sexual dysfunction in young African patients with S. hemoglobin traits.

Keywords: priapism, erectile dysfunction, sickle cell disease, andrology.

Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU Hubert Koutoukou Maga de

Cotonou, République du Bénin. Correspondance : AVAKOUDJO Josué 08BP1154

Cotonou ; Bénin Tel : (229)6604047

E-mail : avakoudjoj@gmail.com;

INTRODUCTION

Le priapisme est une érection anormalement prolongée, douloureuse et irréductible qui survient le plus souvent en dehors de toute stimulation sexuelle et n'aboutit pas à une éjaculation. Tout retard à sa prise en charge occasionne une dysfonction érectile parfois sévère [1]. A la lumière des nombreux protocoles préconisés dans la prise en charge des priapismes,

ce travail expose le profil épidémiologique ainsi que les aspects diagnostique puis thérapeutique du priapisme dans le service d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM de Cotonou chez les adultes.

PATIENTS, MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive basée sur l'analyse des dossiers des patients hospitalisés à la Clinique Universitaire

d'Urologie-Andrologie de Cotonou du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2010 pour priapisme. Au total, 89 dossiers ont été exploitables.

Nous nous sommes intéressés aux aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du priapisme. Une fiche de dépouillement des données a été établie et a servi à recenser les informations dans chaque dossier répertorié. Les variables étudiées ont été regroupées comme suit : renseignements généraux, éléments anamnestiques, éléments diagnostiques et thérapeutiques, évolution et résultats.

2- Résultats

Au cours de la période d'étude, 89 cas de priapisme ont été reçus soit une moyenne de 8,1 ($\pm 2,4$) cas par an (figure1).

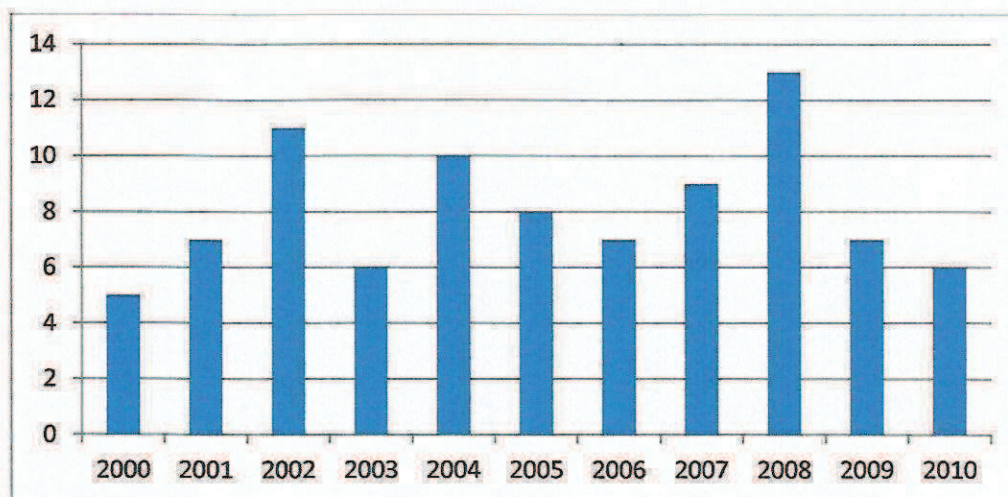


Figure 1 : Répartition des différents cas de priapisme par année

L'âge moyen des patients était de 35,1ans avec des extrêmes de 20 et de 54 ans. Il y avait une prédominance du priapisme dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans (77,77%). Un tiers des patients (33,3%) n'avaient pas encore d'enfants. Les sujets mariés représentaient 5,5% de la population.

Le priapisme était survenu dans 71,1% des cas en dehors des rapports sexuels. Dans 23,3% des cas, le priapisme était survenu dans les suites de traitements à base d'aphrodisiaques. Cinq patients (5,6%), hospitalisés dans le service de psychiatrie étaient sous neuroleptiques ont été transférés en urologie à la survenue du priapisme pour une meilleure prise en charge.

Le délai de recours au service d'urologie pour la prise en charge du priapisme variait de 2 à 21 jours avec une moyenne de 7,11jours. Le recours aux soins en première intention était fait dans les cabinets médicaux privés chez 78 % des patients. Les soins administrés étaient

constitués principalement d'anti inflammatoires, de vasodilatateurs et d'anxiolytiques avant la référence en milieu spécialisé. Le recours à des soins chez les tradithérapeutes a été noté chez 15 patients (16,8% des cas). Il s'agissait de la crise inaugurale chez 56% des patients. Un tableau d'érections matinales prolongées et douloureuses intermittentes avait été retrouvé chez 44% des patients. La douleur pénienne était présente chez tous nos patients. Une anxiété avait été constatée chez 87% des cas. Parmi les 58 patients ayant effectué une électrophorèse de l'hémoglobine, on retrouvait 76,4% porteur de trait S. Les patients porteurs de trait S étaient repartis en drépanocytose SS (72,8 %), double hétérozygotes SC (12,5%) et hétérozygotes AS (14,7%). Aucun cas d'hémopathie maligne n'a été retrouvé.

Le diagnostic du priapisme était aisé (figure 2) et l'érection a été objectivée dans tous les cas. Le priapisme était classé à bas débit dans 93% des cas.

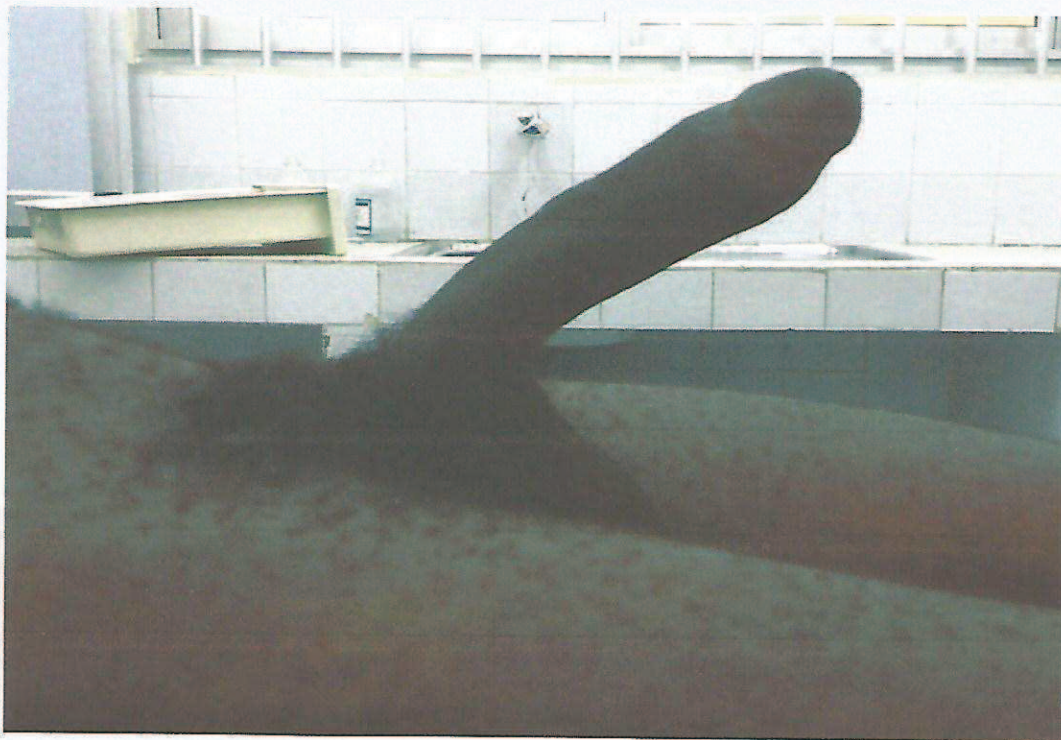


Figure 2 : priapisme : verge en érection

La prise en charge thérapeutique s'effectuait en deux étapes. Les patients étaient d'abord reçus au service des urgences où des ponctions de corps caverneux étaient effectuées (73,3%) avant le transfert du patient dans le service d'Urologie (figure 3).

Le traitement envisagé en deuxième ligne était chirurgical avec la réalisation de shunt cavernospongieuse selon Al Ghorab (44%) sous anesthésie loco-régionale ou générale selon le besoin.

Dans 56% des cas, la ponction cavernospongieuse a été associée à

l'injection intra-caverneuse d'Ephédrine. Dix sept patients avaient renoncé à l'intervention chirurgicale sur la verge.

Le délai d'obtention de la détumescence de la verge a varié de 1heure à plusieurs jours. Les récurrences étaient fréquentes (78%). La durée d'hospitalisation moyenne était de 4,22 jours avec des extrêmes de 2 et de 10 jours.

Les complications à type de dysfonction érectile sévère étaient notées dans 34% des cas et de fibrose des corps caverneux dans 44% des cas. Un cas de fistule uréthro-cutanée post infectieuse et un cas de nécrose du fourreau de la verge ont été relevés.

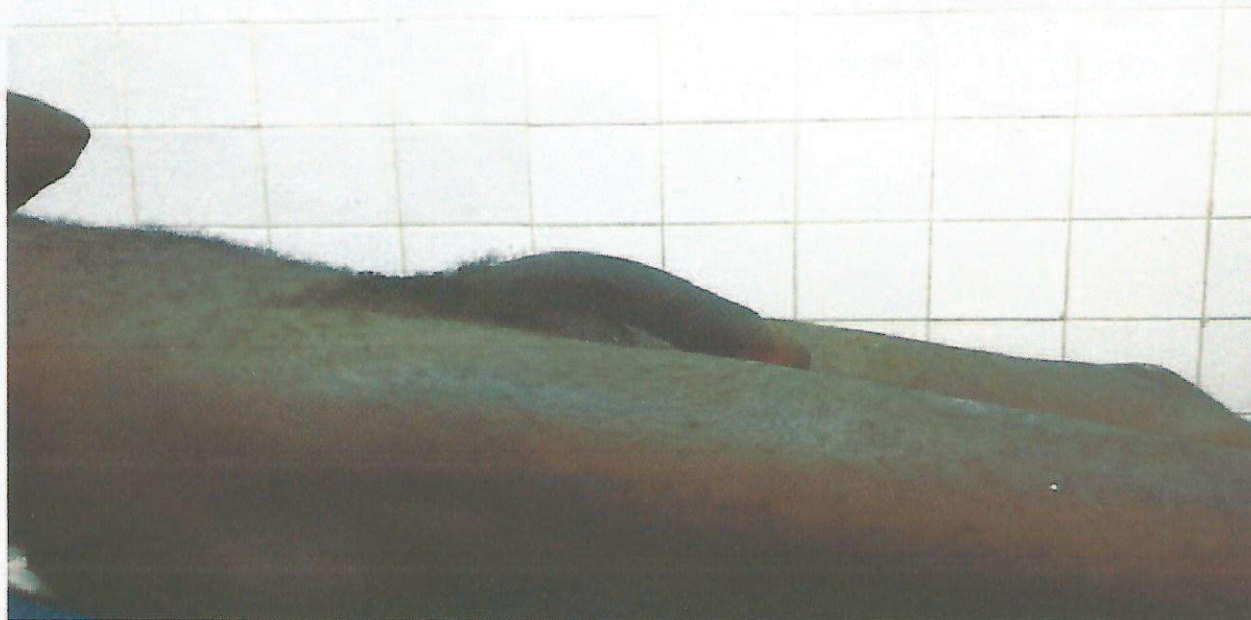


Figure 3 : verge flaccide, après ponction caverno spongieuse

DISCUSSION

Le priapisme était une affection fréquente chez le sujet jeune comme retrouvé dans les travaux de DEKOU et al [2]. Les facteurs étiologiques dans notre série étaient semblables à ceux identifiés par DEKOU et par BONDIL [9]. Il s'agissait des hémoglobinopathies, des psychotropes, des stimulateurs de l'érection et parfois de causes idiopathiques. Les unités de soins psychiatriques étaient pourvoyeuses de l'essentiel des priapismes de cause médicamenteuses [14].

Le priapisme était plus fréquent chez les sujets drépanocytaires à l'instar des conclusions de différentes séries africaines [2, 3, 4, 5,8]. Quand bien même les conditions de soins étaient améliorés, 20% des hommes drépanocytaires souffraient de priapisme [12].

Le priapisme était une pathologie spectaculaire qui faisait l'objet de nombreuses interprétations dans notre contexte, ce qui justifiait les passages par la médecine traditionnelle avant l'accès aux structures hospitalières et par conséquence les longs délais de recours aux soins (7,11 jours en moyenne). Les interprétations socioanthropologiques du priapisme expliqueraient la fuite de certains patients dès qu'on leur proposait un traitement chirurgical.

Un autre facteur important de retard à la consultation semblait être la méconnaissance des patients drépanocytaire du priapisme comme l'avait rapporté Adediran [16]. En effet 74,6% des patients drépanocytaires n'avaient jamais entendu parler du priapisme.

Et pourtant la littérature indiquait que les meilleurs résultats thérapeutiques étaient obtenus dans les 6 premières heures de la survenue du priapisme.[6,7,8]

Le priapisme à bas débit constituait le mécanisme le plus courant dans la littérature. [1,2] Dans notre étude, il représentait 88,88%. Son impact sur la fonction érectile était améliorée par le

drainage précoce du sang coagulé dans les corps caverneux. Nous dénombrons un taux important de dysfonction érectile dans notre série.

Les examens de radiographie étaient d'un intérêt croissant dans le diagnostic et le suivi des cas de priapisme. Bien que le diagnostic du priapisme soit clinique, l'échodoppler permettait de confirmer le caractère artériel ou veineux du priapisme. L'évaluation des séquelles du priapisme sur la verge a bénéficié de l'apport de l'imagerie par résonance magnétique [15]. L'appréciation clinique de la fibrose des corps caverneux et des thromboses veineuses étant sous-estimée. Le radiologue occupait un rôle prépondérant dans le traitement des priapismes à haut débit [17].

Le retard de prise en charge s'expliquait par la méconnaissance du diagnostic ainsi que par la pudeur de certains patients. Le délai de consultation rapportée par Singal et al [13] était de 48 heures.

La technique opératoire Al Ghorab a été de loin la plus pratiquée dans le service suite aux échecs de la ponction caverno-spongieuse selon Winter. La technique d'Al Ghorab a connu des améliorations en vue d'accroître la vitesse de détumescence. Cependant ces améliorations restaient discutées.

CONCLUSION

La particularité de la prise en charge du priapisme dans notre série pourrait être le recours initial aux soins traditionnels avant les hôpitaux, et le refus des patients à bénéficier d'une chirurgie curative qui apporte de bons résultats. Avec le fardeau de la drépanocytose, le priapisme à bas débit sera pour longtemps une pathologie courante dans les urgences hospitalières.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

1. Roupret M, Beley S, Traxer O, Kirsh-Noir F, Jouanet P, Jardin A, Thiounn N : Prise en charge du priapisme chez les patients répanocytaires. *Prog. Urol*, 2005,15: 392-7.
2. Dekou A., Ouegnin G.A., Konan P.G., Kouame B., Manzan K. : Rev. Int. Sc. Méd. Vol. 8, n°3, 2006, pp. 27-30
3. Diagne BA, Bah M, Seye S I L, Tossou H: Priapisme : problèmes étiologiques et thérapeutiques. *Afr. Méd.*,1986, 25 : 351-8.
4. FALANDRY L : Priapisme : traitement et résultats à propos d'une série personnelle de 56 cas. *Prog. Urol*, 1999, 9 : 496-500.
5. Latoundji S, Alphonso G, AnaniL, Zohoun I: priapisme drépanocytaire au Bénin. *Méd. Afr. Noire*, 1992, 122-6.
6. Nelson Jm, Winter Cc : Priapism : evolution of management in 48 patients in 22 years serie. *J.Urol*, 1977, 177: 445-8.
7. Ravery V, Delmas V, Restrepo F, HermieuJf, Boccond-Gibod L : Priapisme de l'adulte : à propos de 15 cas. *Prog. Urol.*, 1995, 697-700.
8. BouyaP.A, Odzébé A.W.S, KoumouMoritoua R.D, Dokékias A. E. Priapisme aigu drépanocytaire: analyse de 20 cas traités au CHU de Brazzaville. *Andrologie* 2011,21(1), 34-7.
9. Bondil P, Descottes JL, Salti A, Sabbagh R, Hamza T .Traitement médical du priapisme veineux à propos de 46 cas : ponction, détumescence pharmacologique ou réfrigération pénienne? *ProgUrol* 1997, 7, 433-41.
10. Gbadoe A. D, Diagne I, Ilboudo A, Diop S, Geraldo A, Guedenon J, Akpako P. Priapisme chez le drépanocytaire sénégalais : prévalence, attitudes et connaissances. *Bull. Soc. Pathol. Exot* 2007, 100(3), 179-81.
11. Kane R, Niang L, Berthe H, Ndiaye A, Diao B, Ndoye A, Gueye S. M. Prise en charge du priapisme à Dakar. *Andrologie* 2012,22(1) ,36-41.
12. Lionnet F, Hammoudi N, Stojanovic NS, Avellino V, Grateau G, Girot R, and Haymann J-P. Hemoglobin sickle cell disease complications: a clinical study of 179 cases. *Haematologica* 2012;97(8):1136-1141
13. Singal R, Bawa A. S, Singh R, SahuP,Gupta A. Surgical Management of Resistant Priapism. *Indian J Surg* 2012, 74(6):495-7.
14. Karamustafalioglu N, Kalelioglu T, Tanriover O, Can Gungor F, Genc A, IlnemC . A Case Report of Priapism Caused by Ziprasidon. *Psychiatry Investig* 2013;10:425-7
15. KIRKHAM A.MRI of the penis .*The British Journal of Radiology*, 85 (2012), S86-S93
16. AdediranA,WrightK,AkinbamiA,DosunmuA, OshinaikeO,OsikomaiyaB,SarahAjibola S, Ismail K,Uche E, Ojelabi O. Prevalence of Priapism and Its Awareness amongst Male Homozygous Sickle Cell Patients in Lagos, Nigeria. *Advances in Urology* 2013,4pp
17. Halls J E, Patel D V, Walkden M, Patel U.Priapism: pathophysiology and the role of the radiologist .*The British Journal of Radiology*, 2012, 85, S79-S85.
18. Lian W, Jinxing Lv, Cui W, Jin Z, Liu T, Li W, Yuan Y, Xin Z. Al-Ghorab Shunt PlusIntracavernous Tunneling for Prolonged Ischemic Priapism. *J Androl* 2010;31(5):466-71.