

Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie: enquête multicentrique à l'ouest algérien.

Prevalence of erectile dysfunction in patients consulting urological clinics: multi-centric survey in the Algerian west

Mahmoud Benatta¹, Nassim Kazi Tani², Sataa Sallami³, K Belayachi⁴, M Mahdid⁵, M Lakli⁶, Mohamed El Amin Djazouli,

1-EHU Oran-faculté de médecine d'Oran-université Oran 1 - Algérie

2-CHU Tlemcen / Tlemcen

3-CHU La Rabta / Faculté de Médecine-Tunis

4-Cabinet privé, Maghnia, Algérie

5-Service d'urologie, EHU 1er Novembre, Oran, Algérie / Ahmed Ben Bella Oran1,

6-Cabinet privé, Mascara, Algérie

RÉSUMÉ

Objectif : Réaliser un état des lieux de la prévalence, la sévérité, le ressenti et la prise en charge de la dysfonction érectile (DE) par des urologues de l'ouest Algérien en décrivant aussi les motifs de consultation en urologie de ces patients.

Méthodes: Cette enquête a été réalisée auprès de 4 urologues. Tous les hommes adultes âgés de plus de 18 ans se présentant en consultation d'urologie durant une période d'étude de deux mois ont été inclus. Le recueil de données était basé sur un auto-questionnaire portant sur les données sociodémographiques, les co-morbidités en particulier les antécédents urologiques et la santé sexuelle. La DE était évaluée en posant la question unique de John B. McKinlay. En plus une question a évalué la souffrance rapportée par la partenaire du patient.

Résultats: L'analyse a porté sur 185 patients. Elle a montré une forte prévalence de la DE (59,5%), en corrélation avec l'âge. L'âge moyen était de 61 ± 13 ans. Trente-quatre pour cent des patients avaient une DE sévère. Le motif de consultation a été dominée par La pathologie prostatique (70%), la DE ne représentaient que 9% des motifs de consultation. Seulement 26% des patients ont rapporté qu'ils avaient parlé au par avant à un médecin de leur DE. Ces troubles étaient «inacceptables» pour 25% des patients et «modérément acceptable» pour 30%. Une minorité de patients (16%) a été traitée médicalement pour leur DE (la moitié d'entre eux a reçu des inhibiteurs de la PDE5, seuls ou en combinaison).

Conclusion: Cette première enquête dans la communauté urologique algérienne souligne l'importance des troubles sexuels chez les patients consultant en urologie. Bien que la prévalence de la DE soit importante, peu de patients consultent spécifiquement pour ce motif. En conséquence, le traitement demeure limité. Une meilleure sensibilisation des médecins au problème de la DE est préconisée.

Mots-clés

Epidémiologie, Dysfonction érectile, Médecin traitant, santé sexuelle, Inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5, Algérie.

SUMMARY

Aim: The aim of this study was to make an inventory of the prevalence, the severity, the reasons for the patient's consultation and the therapeutic measures indicated by urologists for erectile dysfunction (ED) in the west of Algeria.

Methods: This survey was conducted among 4 urologists. All male patients, aged over 18 years, presenting to clinics during the study period of 2 months were included. Data collection was based on a self-administered questionnaire on socio-demographic data, comorbidities especially urological and sexual health history. The evaluation of ED was achieved by the single question of John B. McKinlay. One more question was asked to evaluate trouble reported by the patient's partner.

Results: This survey included 185 patients. It showed a high prevalence of ED (59.5%), correlated with age. The mean age was 61 ± 13 years. Thirty four percent of patients had severe ED. The reason for consultation was dominated by prostatic diseases (70%), the ED accounted for only 9% of the reasons for consultation. Only 26% of patients reported having talked previously to a doctor about their ED. These disturbances were "unacceptable" for 25% of patients and "moderately acceptable" for 30%. A minority of patients (16%) was treated medically for their ED (half of them received PDE5 inhibitors alone or in combination).

Conclusion: This first survey in the urological Algerian community emphasizes the importance of sexual dysfunction in patients consulting in urology. Although the prevalence of ED is important, few patients consult specifically for this reason. As a result, treatment is limited. Better physician awareness of the problem of ED is recommended.

Key- words

Epidemiology, Erectile dysfunction, General practitioner, sexual health, PDE5 Inhibitors, Algeria

Définie comme l'incapacité persistante d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante (1,2), la dysfonction érectile (DE) est un état pathologique fréquent pouvant affecter de manière importante la qualité de vie des patients et de leurs partenaires (3-4). Alors que la DE est aujourd'hui reconnue comme une pathologie fréquente, elle reste insuffisamment prise en charge et peu de patients consultent leur médecin et bénéficient d'une thérapie (5). En plus, la majorité des études épidémiologiques dont on dispose manquent de précisions en raison de la faible taille des échantillons et de la sélection initiale des patients. En plus, la DE est souvent sous estimée car longtemps considérée comme une fatalité liée à l'âge. Avec le vieillissement de la population et la levée des tabous, la prévalence de cette pathologie est en augmentation constante. Jusqu'à maintenant, on ne dispose pas de chiffres exactes sur la prévalence de la DE en Algérie.

Nous proposons cette enquête multicentrique afin d'estimer la prévalence et évaluer la prise en charge de la DE chez les hommes de plus de 18 ans, consultants un urologue et quel que soit leur motif de consultation. Les objectifs secondaires de l'enquête étaient de décrire les motifs de consultation en urologie, d'estimer la prévalence des troubles sexuels autres que la DE et d'étudier le retentissement des difficultés sexuelles sur les patients concernés et leurs partenaires.

METHODES

Cette étude a impliqué 4 urologues dans 4 villes différentes de l'ouest algérien, 2 urologues exerçant dans des services hospitalo-universitaires à Oran et Tlemcen et 2 urologues exerçant en ville à Mascara et Maghnia. Cette enquête descriptive et transversale s'est déroulée entre le 1^{er} avril et le 31 mai 2012.

Les médecins proposaient l'enquête à l'aide d'une notice d'information à tous les patients adultes, âgés de 18 à 70 ans, de sexe masculin et se présentant à leurs consultations d'urologie pendant cette période.

Les données étaient recueillies sur un questionnaire auto-administré.

Le questionnaire, entièrement anonyme, comportait des questions d'ordre sociodémographique (âge, comorbidités), des questions relatives à son ou ses motifs de consultation (problème de prostate, de vessie, de testicule, des douleurs, des troubles sexuels, une hématurie, une infection urinaire ou autre); des questions d'ordre médical (prise de traitements pour d'autres pathologies, des facteurs de risque cardiovasculaires, diabète, maladie de Parkinson, insuffisance rénale, pathologie prostatique ou autre pathologie), signalement de la DE au médecin et des questions explorant spécifiquement d'éventuelles difficultés sexuelles (nature, ancienneté de la DE, évaluation de la fonction érectile,

traitement et impact sur la vie du patient et sa partenaire). Ce questionnaire pouvait être rempli avec ou sans l'aide du médecin, à la convenance du patient.

La présence d'une DE et sa sévérité étaient évaluées grâce à la réponse à la question unique de John B. McKinlay (6) traduite en français: « Êtes-vous capable d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels satisfaisants ? »:

Cette question validée a été utilisée dans la Massachusetts Male Aging Study afin de classer le degré de DE en légère, modérée ou sévère grâce à une question unique (2).

- Pas de DE « *toujours capables d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels satisfaisants* ».

- DE légère « *généralement capable. . .* ».

- DE modérée « *seulement parfois capable. . .* ».

- DE sévère « *jamais capable. . .* ».

L'impact des troubles sexuels sur la vie du patient était estimé en réponse aux questions suivantes:

- Si vous deviez passer le reste de votre vie avec vos troubles sexuels actuels, serait-ce ?

«Tout a fait acceptable», «Acceptable», «Moyennement acceptable», «Pas du tout acceptable»

- Est-ce que votre partenaire souffre de vos troubles sexuels ?

S'agissant d'une enquête épidémiologique, les analyses effectuées ont été essentiellement descriptives. Pour les paramètres quantitatifs, les résultats ont été exprimés en termes de moyenne, d'écart-type et d'intervalle de confiance (IC) à 95 %. Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et pourcentage par modalité avec un IC à 95%.

RESULTATS

Au total 185 patients ont été inclus dans cette étude. Les 4 urologues ont proposé l'enquête à 185 patients, soit en moyenne 46 patients par urologue. Les 185 auto-questionnaires patients étaient analysables.

Les caractéristiques de la population des patients :

L'âge moyen des patients était de 61±13 ans. Plus de 3 patients sur 4 (79%) qui souffrent de DE sont âgés de plus de 50 ans. Dans cette population, la prévalence de la DE augmente nettement avec l'âge, passant de 10% chez les moins de 40 ans à 60% après 60 ans (p= 0.05). Le principal motif de consultation indiqué par les patients était un symptôme urinaire du bas appareil (70%) et qui était l'unique motif dans 35% des cas. Le syndrome obstructif était prédominant chez 42,3 % et irritatif chez 57,7 % d'entre eux. La DE était le principal motif de consultation chez seulement 9% des patients mais la DE était retrouvée chez 59.5% des consultants. Un problème

de fertilité était rapporté par 3% des patients. L'hypertension artérielle était la comorbidité la plus fréquemment associée à la DE suivie par le diabète (51% et 28% respectivement). Le syndrome métabolique a été constaté chez 19,1% des patients et l'obésité (BMI entre 30 et 35) chez 18,2% d'entre eux.

Un problème coronarien a été signalé par 24,5 % des patients avec DE.

Un traitement spécifique de la DE au long cours était suivi par 34,5% des patients avec une DE.

La prévalence de la dysfonction érectile:

Tous les patients ont répondu à la question unique de John B. McKinlay. Seuls 18% d'entre eux ont répondu être « *toujours capables d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels* ». La fréquence de la DE était globalement de 82% dont une DE légère = 27%, DE modérée = 40% et DE sévère = 33%.

La DE était présente chez 10%, 11%, 19%, 32% et 28% des patients de moins de 40 ans, de 40 à 50 ans, de 51 à 60 ans, de 61 à 70 ans et de 71 et plus respectivement ($p = 0,05$) (Tableau I).

Tableau I : Prévalence de la dysfonction érectile par tranche d'Age

Age (années)	Prévalence (%)
≤ 40 ans	10
41 -50	11
51-60	19
61-70	32
> 70	28

L'ancienneté de l'insuffisance érectile:

Parmi les 110 patients ayant une DE, l'ancienneté des troubles était en moyenne de 1.2 ± 1.5 ans. L'ancienneté de la DE était supérieure à 3 ans pour 30% des patients concernés, comprise entre un et deux ans pour 44,5% d'entre eux et inférieure à un an pour 25%. Chez 3 patients sur 4, la DE étaient installées depuis plus de 1 an (Tableau II).

Tableau II : ancienneté de la dysfonction érectile

Ancienneté de la DE (années)	Taux (%)
< 1 an	25,5
Entre 1 et 2 ans	44,5
> 3 ans	30

Le signalement des troubles sexuels au médecin:

Seuls 58,8% des patients mentionnent un trouble sexuel (DE et/ou autre trouble) et 25.5% de ceux ayant une DE indiquaient en avoir déjà parlé à leur médecin traitant.

La dysfonction érectile et la prise en charge thérapeutique:

Dans le sous-groupe des patients ayant déjà fait part de leurs troubles sexuels à un médecin, le taux de traitement de la DE était de 17%. Il s'agissait d'un inhibiteur de la phosphodiésterase de type 5 en monothérapie dans 15% des cas, d'injection intra-caverneuse en monothérapie dans 0,9 % des cas.

La prévalence et la nature des autres troubles sexuels:

La prévalence des troubles sexuels autres qu'une DE était de 30%, les plus souvent cités étant un problème d'éjaculation (précoce, retardée ou anéjaculation) dans 45% des cas, un manque de désir (31%) et un trouble de l'orgasme (33 %).

Les souffrances associées aux troubles sexuels:

Pour 56% des patients avec une DE, envisager de passer le reste de leur vie avec ce trouble serait « pas du tout » ou « moyennement » acceptable. Respectivement 26 % et 30 % des sujets concernés considéraient cette perspective « pas du tout acceptable » et « moyennement acceptable ». Pour 44% des patients cet état était acceptable. Par ailleurs, 22% des patients ayant une DE estimaient que leur partenaire en souffrait et 78% répondaient « non ».

DISCUSSION

Nos résultats montrent une prévalence élevée de la DE (59.5%) chez les hommes de plus de 18 ans consultant en Urologie. La DE était sévère chez 34% des patients. Seulement 26% des patients indiquaient en avoir déjà parlé de ces troubles à un médecin. Ces troubles étaient « inacceptables » pour 25% des patients et seulement 16% ont reçu un traitement médical pour leur DE.

Notre enquête était basée sur la question unique d'autoévaluation de la DE tel que définie par le « National Institute of Health » (NIH) (6). Le recours à la question unique pourrait mettre le patient plus à l'aise pour discuter de ses problèmes (7). Le questionnaire bref, rempli par le patient lui-même, est de plus en plus utilisé dans l'exploration des dysfonctions sexuelles (1, 2,8). En plus, la question unique devrait réduire les difficultés liées à la traduction.

Les trois autres questionnaires utilisés pour évaluer la fonction érectile sont le « Brief Male Sexual Function Inventory » (BMSFI) (9) avec 11 items, l'indice international de la fonction érectile (International Index of Erectile Function (IIEF)) avec 5 items (10) et le « Massachusetts Male Aging Study » (MMAS) avec 13 items (11). Ces trois questionnaires ont pour inconvénient la probabilité de non réponses et de données manquantes qui entravent la classification de la DE.

Outre l'utilisation d'un auto-questionnaire d'évaluation de la DE qui introduit un biais de réponse potentiel, les participants étant susceptibles d'exagérer ou de rapporter de façon inexacte leurs symptômes de DE ou le degré de la gêne associée. Notre étude comporte une autre limite due à notre faible effectif.

Dans la littérature, les taux de prévalence rapportés varient de 28% à 49% (5,12-14). La DE est un problème de santé publique touchant plusieurs dizaines de millions d'individus dans le monde (15). L'étude MMAS dédiée à la mesure de la prévalence de la DE rapporte une prévalence de la DE de 52% (âge et degré de sévérité confondus). Les taux de DE minime, modérée et complète étaient de 17%, 25% et 10% respectivement.

En Finlande, La prévalence globale de la DE était de 74%, avec 48% de DE minime, 14% de DE modérée, et 12% de DE complète (16). En Espagne, la prévalence de la DE variait de 12% à 19% avec 16% de DE minime, 2% de DE modérée, et 0,6 % de DE complète (17). En France cette prévalence est estimée à 31,6% (18).

En Algérie, cette première enquête a mis en évidence une prévalence élevée de la DE: estimée à 59,5% proche de celle française estimée à 67,9%, chez les patients consultant en urologie (18). Notre prévalence se situe entre des taux élevés en Finlande (16), et des taux plus faibles en Espagne (17). Comme dans différentes études épidémiologiques rapportées dans la littérature, aussi bien en France (5,12,18) qu'aux USA (15), la prévalence de la DE augmente nettement avec l'âge. On note que la prévalence de la DE augmente de 10% pour la classe d'âge de moins de 40 ans à 32% pour la classe d'âge 61 - 70 ans.

La fréquence très élevée des troubles sexuels chez les patients consultant en urologie contrastait avec le faible pourcentage de consultations qu'ils généraient. Les enquêtes ont montré que 44 à 63% des patients interrogés éprouvaient des difficultés à évoquer leurs difficultés sexuelles avec un médecin (5,18,19). En plus moins de 40% seulement d'entre eux bénéficient d'une prise en charge thérapeutique (5,20). Ces derniers attendent de leur médecin qu'il aborde lui-même la question de leur sexualité et les possibilités d'un

traitement efficace à la fois sur ses symptômes et sur sa qualité de vie.

Ces résultats peuvent s'expliquer de plusieurs manières, d'une part par l'ancienneté de la DE chez certains patients et leur résignation et accoutumance à ce trouble, d'autre part par leur ignorance de l'existence de solutions thérapeutiques efficaces et faciles d'accès (19), et enfin certainement aussi par une pudeur et une retenue de la part des hommes à aborder leur sexualité et leur DE avec leur médecin (18). Certains patients considéraient que leurs troubles sexuels étaient acceptables mais d'autres (13,1%) rapportent par contre en avoir parlé à leur médecin traitant qui n'a pas répondu à leur demande (19). Le médecin consulté est dans 28 à 72% un médecin généraliste, dans 25 % un urologue et 13 à 24% des cas un sexologue (20, 21). Plus les difficultés sexuelles étaient anciennes, plus le recours à un médecin spécialiste était important (21).

Dans une enquête française (20), 36,8% des patients interrogés considéraient leurs troubles sexuels comme « acceptables » ou « tout à fait acceptable » et 45,1% pensaient que leur partenaire n'en souffrait pas. Par contre, d'autres études ont pourtant confirmé que l'insuffisance érectile était à l'origine d'une importante souffrance chez l'individu qui en est atteint ainsi que chez sa partenaire.

CONCLUSION

Cette enquête confirme, bien que la prévalence de la DE et des troubles sexuelles soient importantes à l'ouest algérien, que peu de patients consultent spécifiquement pour ce motif et encore moins sont mises sous traitement. Elle montre aussi une large sous-déclaration de ces difficultés sexuelles. Elle révèle le rôle proactif que devrait avoir le médecin dans l'évocation de la DE chez des patients encore trop peu sensibilisés ou craignant d'aborder le sujet.

Les conclusions pratiques de cette enquête algérienne peuvent servir de base à de futures enquêtes régionales plus importantes, voire nationales, en incluant tous les troubles sexuels chez l'homme.

Références

1. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med.* 2004;1:6-23.
2. O'Donnell AB, Araujo AB, Goldstein I, et al. The validity of a single-question self-report of erectile dysfunction. Results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Gen Intern Med.* 2005;20:515-9.
3. Willke RJ, Glick HA, McCarron TJ, et al. Quality of life effects of alprostadil therapy for erectile dysfunction. *J Urol.* 1997;157:2124-8.
4. Tardieu A, Khodari M, Palazzi J, et al. Attitudes des médecins généralistes et endocrinologues face à la dysfonction érectile du patient diabétique: enquête auprès de 130 patients. *Prog Urol.* 2011;21:126-33.
5. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Prog Urol.* 2003;13:85-91.
6. NIH Consensus Conference. Impotence. (Speakers included McKinlay JB, The prevalence and demographics of impotence). *J Am Med Assoc.* 1993;270:83-90.
7. Trude S. So much to do, so little time: physician capacity constraints, 1997-2001. *Track Rep.* 2003;8:1-4.

8. Rowland DL, Thornton JA, Burnett AL. Recognizing the risk of erectile dysfunction in a urology clinic practice. *BJU Int.* 2005;95:1034-8.
9. O'Leary MP, Lenderking WR, Barber B, et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology.* 1995;46:697-706.
10. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49:822-30.
11. Kleinman KP, Feldman HA, Johannes CB, et al. A new surrogate variable for erectile dysfunction status in the Massachusetts Male Aging Study. *J Clin Epidemiol.* 2000;53:71-8.
12. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, et al. Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men. *Eur Urol.* 2002;42:382-9.
13. Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al. Troubles urinaires du bas appareil et dysfonction sexuelle masculine: 'Enquête MSAM-7 ou Enquête Multinationale de l'Homme Agé'. *Prog Urol.* 2004;14:332-44.
14. Braun M, Wassmer G, Klotz T, et al. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res.* 2000;12:305-11.
15. McKinlay JB. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2000;12:S6-S11.
16. Koskimäki J, Hakama M, Huhtala H, et al. Effect of erectile dysfunction on frequency of intercourse: a population based prevalence study in Finland. *J Urol.* 2000;164:367-70.
17. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *J Urol.* 2001;166:569-74.
18. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, et al. Prévalence de l'insuffisance érectile en France: résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes. *Prog Urol.* 2002;12:260-7.
19. Desvaux P, Corman A, Hamidi K, et al. Prise en charge de la dysfonction érectile en pratique quotidienne : Etude PISTES. *Prog Urol.* 2004;14:512-20.
20. Droupy S, Giuliano F, Cuzin B, et al. Enquête Menée en Partenariat avec l'Association Française d'Urologie (AFU). Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie: l'enquête ENJEU (Enquête nationale de type 1 Jour sur la prévalence de la dysfonction Érectile chez des patients consultant en urologie). *Prog Urol.* 2009;19:830-8.
21. Mirone V, Gentile V, Zizzo G, et al. Did men with erectile dysfunction discuss their condition with partners and physicians? A survey of men attending a free call information service. *Int J Impot Res.* 2002;14:256-8.