



Article Original

La Dysfonction Érectile chez les Patients Hypertendus au Niger : une Étude Prospective de 100 patients à l'Hôpital National de Niamey

Erectile dysfunction of hypertensive patients in Niger: a prospective study of 100 patients at the National Hospital of Niamey

H Idrissa¹, I Adehossi², AM Maliki¹, Amadou H L¹, Amadou D⁴, H Habibou¹, Bonkano A³, Bako H¹, E Adehossi⁵, AI Toure³,

1. Pavillon A, Hôpital national de Niamey/Niger
2. Service pédiatrie, Hôpital National de Niamey/Niger
3. Cardiologie, Hôpital Amirou Boubacar Diallo Niamey/Niger
4. Chirurgie Cardiovasculaire, Hôpital général de référence de Niamey/Niger
5. Service médecine interne, Hôpital général de référence de Niamey/Niger

Correspondant: Idrissa Hama, hama_idrissa@yahoo.fr, 0022790079202.

Mots clés : Dysfonction érectile, hypertension artérielle, Niger, HNN.

Keywords: Erectile dysfunction, arterial hypertension, Niger, HNN.

RÉSUMÉ

Introduction. L'association hypertension artérielle (HTA) et dysfonction érectile (DE) est connue. L'objectif de ce travail était de déterminer les effets des traitements antihypertenseurs sur la fonction érectile et d'en évaluer la sévérité chez l'hypertendu au Niger. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude prospective menée chez 100 hypertendus reçus en consultation externe au pôle de cardiologie de l'HNN de mars 2021 à octobre 2021. Le statut érectile avait été évalué avec l'International Index of Erectile Function (IIEF-5). **Résultats.** L'âge moyen des patients était de $60,93 \pm 11,04$ ans. La durée moyenne de l'HTA était de $5,14 \pm 5,10$ ans. Les facteurs de risque cardio-vasculaires retrouvés chez ces hypertendus étaient: le diabète (18%), l'obésité (16%), l'obésité abdominale (28%), l'hypercholestérolémie totale (6%) et l'hypercholestérolémie LDL (11%). La prévalence de la DE était de 34% dont 17% de DE légère, 7% de DE modérée et 8% de DE sévère-inclassable. Le score IIFE moyen était de $16,36 \pm 7,66$. La prévalence de la DE augmentait avec le grade de l'hypertension artérielle ($p=0,0251$) et la durée de l'HTA ($p=0,015$). La DE était significativement plus fréquente en présence d'antécédents médicaux de diabète, de cardiopathie, de syndrome métabolique et en cas d'antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne. **Conclusion.** La prévalence de la DE est élevée chez les hypertendus au et augmente avec l'âge, la durée de l'HTA, la présence de diabète, de cardiopathie, de syndrome métabolique et de chirurgie abdomino-pelvienne.

ABSTRACT

Introduction. The association between hypertension and erectile dysfunction (ED) is known. The objectives of this work were to determine the effects of antihypertensive treatments on erectile function and to assess their severity in hypertensive patients in Niger. **Methodology.** This was a prospective study carried out in 100 hypertensive patients received in outpatient consultation in the cardiology department of the HNN from March 2021 to October 2021. The erectile status was assessed with the International Index of Erectile Function (IIEF- 5). **Results.** The mean age of 100 hypertensive patients was 60.93 ± 11.04 years. The mean duration of hypertension was 5.14 ± 5.10 years. The cardiovascular risk factors found in these hypertensive patients were: diabetes (18%), obesity (16%), abdominal obesity (28%), total hypercholesterolemia (6%) and LDL hypercholesterolemia (11%). The prevalence of ED was 34% including 17% mild ED, 7% moderate ED and 8% severe-unclassifiable ED. The mean IIFE score was 16.36 ± 7.66 . The prevalence of ED increased with grade of high blood pressure ($p = 0.0251$) and duration of hypertension ($p = 0.015$). The ED was significantly more common in the presence of a medical history of diabetes, heart disease, metabolic syndrome and in case of a history of abdomino-pelvic surgery. **Conclusion.** The prevalence of ED is high in hypertensive to Niger and increases with age, the duration of hypertension, the presence of diabetes, heart disease, obesity, metabolic syndrome and abdomino-pelvic surgery.

INTRODUCTION

La dysfonction érectile ou trouble de l'érection est un symptôme défini par l'incapacité persistante ou récurrente à obtenir et à maintenir une érection permettant un rapport sexuel satisfaisant. Une évaluation objective ou le déclaratif de la partenaire peut aider au diagnostic ; mais c'est l'affirmation par le patient qui représente l'élément déterminant du diagnostic [1]. La dysfonction érectile

(DE) est une maladie fréquente responsable d'une dégradation de la qualité de vie.

En Afrique, le vécu du patient présentant une dysfonction érectile (DE) est rendu particulier par la polygamie. Il existe peu de données en Afrique noire sur la DE car il s'agit d'un sujet tabou ou abordé avec beaucoup de pudeur (2). La prévalence de la DE peut être évaluée à 20-45% et son incidence en occident à 25-30 nouveaux cas pour 1000 habitants par an. [3] Les facteurs impliqués dans la

survenue de la DE sont : l'âge, le diabète, le stress, les maladies cardiovasculaires, les affections urogénitales, psychiatriques et toute maladie chronique. Le tabac, les facteurs hormonaux et certains médicaments sont également impliqués dans la survenue de cette affection. Deux tiers des hommes atteints de DE éprouvent des difficultés à évoquer leur problème avec leurs médecins et moins d'un ¼ consulte [3]. Autrefois considérée comme une maladie des pays riches et industrialisés, l'hypertension artérielle (HTA) constitue de plus en plus en Afrique un motif courant de consultation en médecine générale. Elle touche environ 20% de la population mondiale et est de ce fait un problème majeur de santé publique [4]. Elle est inégalement répartie selon les continents et selon les pays. C'est ainsi que 15% de la population française, 20% de la population américaine, 18% de la population chinoise sont concernées par l'HTA [5]. En Afrique, 20 millions de personnes seraient affectées [6]. Au Niger selon l'enquête STEP WISE de l'OMS de 2021, il ressort les prévalences suivantes chez les adultes : HTA (27,4%) ; diabète (2,3%) ; surcharge pondérale (14,8%) ; cholestérolémie totale élevée (1,6%) [7].

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude prospective chez les patients vus en consultation dans le service de cardiologie à l'Hôpital National de Niamey sur une période de sept(7) mois allant du 10 mars au 10 octobre 2021.

La saisie et l'analyse statistique sont faites à l'aide des logiciels : Microsoft Word 2013, Microsoft Excel 2013 et Sphinx dans sa version 5.1.0.4.

Le test statistique du khi carré de Pearson a été utilisé au seuil de 5% pour tester la relation significative. Le test est significatif si le p-value est inférieur à 0,05.

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tout patient de sexe masculin âgé de 18 ans et plus ayant consulté pour hypertension artérielle quel que soit le degré de cette hypertension.

Critères de non inclusion

Patient âgé de moins de 18 ans. ; patients célibataires ; patient ayant consulté pour un autre motif.

Variables étudiées

- Aspects épidémiologiques
- Antécédents
- Facteurs de risque
- Cliniques
- Thérapie
- Evaluation de la dysfonction érectile
- Paracliniques

Considérations éthiques

Pour mener cette étude, nous avons reçu une autorisation de recherche de la FSS et du médecin chef de l'HNN. Les patients enquêtés ont été informés sur le but de l'enquête et la manière de procéder. Les données resteront anonymes, la confidentialité et les secrets médicaux ont été respectés.

Difficultés rencontrées

Au cours de cette enquête, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés qu'il serait nécessaire de noter ici :

- La réticence au début de l'enquête de certains patients de se soumettre à nos questions ;
- Absence de certains examens paracliniques

RÉSULTATS

Aspects épidémiologiques

L'âge moyen était de 60,93±11,04 ans avec des extrêmes de 33 ans et 84 ans. La tranche d'âge de 60-69 ans était la plus représentée, soit 33%.

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge

AGE (an)	Nombre de cas	Pourcentage(%)
30-39	3	3
40-49	14	14
50-59	29	29
60-69	33	33
70-79	20	20
≥80	1	1
TOTAL	100	100

Les patients provenaient de la région de Niamey dans 72% des cas et sont majoritairement zarma-sonrhais dans 52%. Les retraités étaient les plus représentés dans 21% des cas et correspondaient à la tranche d'âge la plus représentée.

Notre étude ne concernait que les patients mariés et 64% étaient monogames.

Antécédents

Les patients n'avaient pas d'antécédents médicaux dans 41% des cas.

Tableau II : Antécédents médicaux

ATCD Médicaux	Effectif	Pourcentage
Pas d'ATCD médicaux	41	41
Diabète	18	18
Cardiopathie	25	25
Obésité	16	16
Syndrome métabolique	22	22
AVC ischémique	8	8
Hypercholestérolémie	6	6
AVC hémorragique	1	1
Asthme	2	2
Ulcère gastroduodénal	1	1

AVC : accident vasculaire cérébral

La majorité des patients n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux, soit 70%.

Tableau III : Antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Pas d'ATCD chirurgicaux	70	70
Abdomino-pelvienne	18	18
Traumatologique	4	4
Urologique	4	4
Neurochirurgie	3	3
Ophthalmologique	4	4
Maxillo-faciale	1	1

Facteurs de risque

Les facteurs de risque modifiables étaient représentés comme suit : 57% de sédentarité, 34% en situation de stress, 24% en surpoids, 13% d'obèses et 2% consommaient assez de sel.

Le genre masculin était le facteur de risque non modifiable le plus représenté, soit 100%.

Clinique

La majorité des patients avait un indice de masse corporelle normal, soit 55%. Le surpoids-obésité représentait 41%.

L'IMC moyen était de 24,79±4,73 kg/m2 avec des extrêmes de 16 et 40 kg/m2.

L'obésité abdominale était retrouvée chez 55% des patients avec un tour de taille moyen de 94,49 ±10,30 cm et des extrêmes allant de 69 à 122 cm.

La pression artérielle était contrôlée chez 35,8% des patients.

La durée de l'HTA était comprise entre 1-5 ans, soit 61%, avec une durée moyenne de 5,14±5,10 ans et des extrêmes allant de 1 et 21 ans. La majorité des patients suivait régulièrement leurs traitements (98%) et les IEC étaient utilisés dans 76% des cas .

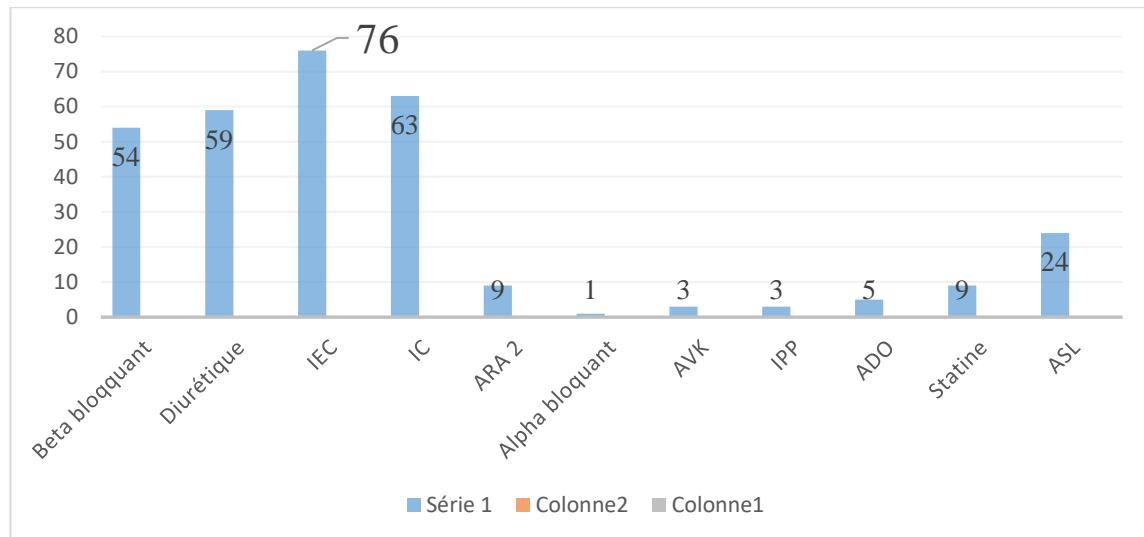


Figure 1 : Répartition des patients selon le traitement

Dysfonction érectile

La dysfonction érectile avait commencée après l'installation de l'HTA chez 47% des patients et 72% avaient manifesté cette DE après avoir commencé le traitement.

Sur 100 patients hypertendus vus en consultation, 34 avaient une DE soit un taux de 34%. Cette dysfonction était légère chez 17% des patients et 79% n'avaient pas d'autres dysfonctions sexuelles.

La majorité des patients n'avait pas d'autres facteurs impliqués dans la survenue de la DE, soit 96%.

Evaluation de la dysfonction érectile au cours des six derniers mois :

Corrélation entre l'âge et la dysfonction érectile :

Les tranches d'âge de 50-59 ans et 60-69 ans étaient les plus touchées par la DE et représentaient chacune 32,83%. Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et l'âge des patients (p = 0.132).

Corrélation entre la dysfonction érectile et la pression artérielle :

Sur les 67 patients présentant une dysfonction érectile, 35,82% des patients avaient une pression artérielle équilibrée, 64,18% une pression artérielle élevée.

Il existe une relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et la pression artérielle des patients (p = 0.0251).

Chez les patients présentant une PA élevée (n : 43) avec DE soit 100% : 60,47% avaient une DE légère, 11,63% une DE modérée et 27,9% DE sévère (sévère-inclassable).

Corrélation entre la DE et la durée de l'HTA :

La dysfonction érectile était plus fréquente chez les patients qui avaient une durée d'HTA entre 1-5ans (53,73%).

Il existe une relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et la durée de l'HTA (p = 0.015).

Tableau IV : Corrélation entre la DE et la durée de l'HTA

DE	Dysfonction érectile	
	Nombre de cas	Pourcentage
Durée de l'HTA		
1-5 ans	36	53,73
5-10 ans	13	19,4
Plus de 10 ans	18	26,87
Total	67	100

La dysfonction érectile était majoritaire chez les sédentaires dans 62,68% des cas. Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et les facteurs de risque modifiable

($p = 0.330$) mais également avec les facteurs de risque non modifiable ($p = 0.894$).

Chez les patients présentant une dysfonction érectile, 59,7% avaient un IMC normal. Il n'existe pas une relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et l'IMC ($p = 0.199$).

Corrélation entre la DE et le régime matrimonial :

Chez les patients présentant une dysfonction érectile, 62,68% étaient monogames et 37,32% polygames. Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et le régime matrimonial ($p = 0.696$).

Corrélation entre la DE et les antécédents médicaux :

Chez les patients présentant une DE, 37,31% n'avaient pas d'antécédents médicaux. Une DE était retrouvée chez 94,44% des diabétiques, 73,91% des cardiopathes, 50% des obèses et 54,54% des syndromes métaboliques. Il n'existe pas une relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et les antécédents médicaux des patients ($p = 0.0614$).

Corrélation entre la DE et les antécédents chirurgicaux :

Chez les patients présentant une DE, 67,16% n'ont pas d'antécédents chirurgicaux. Pour ceux ayant des antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne, traumatologique et urologique, la DE représente respectivement 86,66%, 100% et 75%. Il existe une relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et les antécédents chirurgicaux des patients ($p = 0.0123$).

Corrélation entre la DE et le traitement :

La DE était majoritaire chez les patients qui étaient sous IEC, IC, Diurétique, Beta bloquant, soit respectivement 73,13%, 64,17%, 62,68% et 52,23%. Il existe une relation statistiquement significative entre la survenue de la dysfonction érectile et le traitement antihypertenseur des patients ($p = 0.0001$).

Tableau V : Corrélation entre la DE et le traitement

Traitement	Dysfonction érectile	
	Oui	Non
IEC	49 (73,13)	27
IC	43 (64,17)	20
Diurétique	42 (62,68%)	17
Bétabloquant	35 (52,23%)	19
ARA 2	6 (8,95%)	3
Alpha bloquant	1 (1,49%)	0
AVK	3 (4,47%)	0
ASL	18 (26,86%)	6
Statine	8 (11,94%)	1
ADO	4 (5,97%)	1
IPP	3 (4,47%)	0

Impact de la dysfonction érectile sur le couple

Dans 97% la DE n'avait pas impacté la vie des couples.

Paraclinique

L'hypercholestérolémie totale et l'hyper-LDLémie représentaient respectivement 12,5% et 22,91%. La glycémie était normale chez 79,41% des 68 patients ayant réalisé l'examen.

DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographiques

Sur les 100 patients, 34 avaient une DE soit 34% de prévalence. Au Qatar, la prévalence de la DE était de 66,2% chez 296 hypertendus [8]. Guiliano et al. en France retrouvaient 61% chez 3906 patients hypertendus [9]. D'autres études avaient retrouvé des prévalences légèrement supérieures à la nôtre; notamment en Egypte en 2006 dans une étude multicentrique nationale la prévalence était de 43,2% [10] quand elle était de 45,8% dans une autre étude multicentrique espagnole en 2004 incluant 2130 hypertendus [11].

L'âge moyen était de 60,93±11,04 ans avec des extrêmes allant de 33 et 84 ans. La tranche d'âge de 60 et 69 ans était la plus représentée avec 33% des cas.

Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12], Bouya AP et al. au Congo en 2012 [13] et Diakité ML et al. au Mali en 2016[14] avaient trouvé une même tranche d'âge 40 et 50 ans. L'âge moyen de notre étude était supérieur à ceux obtenus par Leye MMM et al. au Sénégal en 2016[15], Rimtebaye K et al. au Tchad en 2018 [16], Diakité ML et al. au Mali en 2016[14], Bouya AP et al. au Congo en 2012 [13] et Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12] qui avaient rapporté respectivement un âge moyen de 58,2±16,7ans, 40,2ans, 45ans, 50,7±12,3ans et 53,3±10,3ans.

Les retraités étaient les plus représentés (21%) et 61,9% avaient une DE.

Babacar D et al. au Sénégal en 2007[17] qui avait retrouvé une DE chez 3,3% des retraités.

La majorité des patients provenaient de la région de Niamey, soit 72%. Ce résultat est supérieur à celui de Fall DF et al. au Sénégal en 2013[18] qui avait rapporté une provenance urbaine de 11,5%, mais inférieur à celui de Diakité ML et al. au Mali en 2016[14], de Leye MMM et al. au Sénégal en 2016[15] et de Bouya AP et al. au Congo en 2012[13] qui avaient rapportés respectivement une provenance urbaine à 82%, 91,7% et 100%.

Nous n'avions colligé que les mariés. Soulemane P et al. au Togo en 2015[12] et de Bouya AP et al. au Congo en 2007[13] avaient retrouvé respectivement 98% et 77,5% de mariés.

Notre échantillon était composé de 64% de monogames et 36% de polygames.

Rimtebaye et al. au Tchad en 2018[16] avait retrouvé respectivement 51,75% et 23,35%. Leye MMM et al. au Sénégal en 2016[15] avait retrouvé respectivement 67,6% et 32,7%. Diakité ML et al. au Mali en 2016[14] avait retrouvé 71% de polygames et 18% de monogames.

Dans notre étude, 41% des patients n'avaient pas d'antécédents médicaux. Dans le groupe ayant des antécédents, les diabétiques représentaient 18%, les cardiopathies 22%, les obèses 16%, le syndrome métabolique 22%, les AVC 8% et l'hypercholestérolémie 6%.

Pour les antécédents chirurgicaux : 18% avaient des antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne, 4% de chirurgie traumatologique, 4% de chirurgie urologique et 70% n'avaient aucun antécédent.

Leye MMM et al. au Sénégal en 2016 [15] avait retrouvé une obésité dans 15,4% des cas, Diallo BA à Bamako en 1994 [19] avait retrouvé 11,85% de diabète. Diakité ML

et al. au Mali en 2016 [14], Bouya AP et al. au Congo en 2012 [13] et de Leye MMM et al. au Sénégal en 2016 [15] avaient retrouvé respectivement : 27,78% de diabète et 21% d'hypercholestérolémie; 35% de diabète et 53% d'HTA ; 31,2% de diabète et 43,9% d'HTA.

Par rapport aux antécédents d'intervention chirurgicale, notre résultat était supérieur à celui de Rimtebaye et al. au Tchad en 2018 [16] et Bouya AP et al. au Congo en 2012 [13] qui avaient trouvé respectivement 11,37% de chirurgie pelvienne; 17% de chirurgie pelvienne et 17% de traumatisme pelvien.

Facteurs de risque cardiovasculaire en dehors de l'HTA

Les risques modifiables étaient dominés par la sédentarité dans 57% des cas, le stress dans 33% , le surpoids 24%, l'obésité 11% et 1% d'alcoolisme.

Nos résultats étaient supérieurs à ceux de Diakité ML et al. au Mali en 2016 [14] et de Leye MMM et al. au Sénégal en 2016 [15] qui avaient retrouvé respectivement 34,72% et 44,7% de sédentarité, mais ils avaient rapporté un taux supérieur d'obésité et d'alcoolisme dans respectivement 18,05%, 4,16% et 15,4%, 6,3%. Diallo BA au Mali en 1994 [19] avait retrouvé 10,62% d'obésité, 5,37% de sédentarité et 14,75% de tabagisme et Bouya AP et al. au Congo en 2012 [13] qui avait retrouvé 37% de surpoids, 75% d'alcoolisme et 15% de tabagisme.

L'âge (98%) et l'hérédité (38%) constituaient les principaux facteurs non modifiables retrouvés.

Diallo BA au Mali en 1994 [19] avait trouvé l'hérédité dans 45% des cas.

Clinique

L'IMC moyen était de $24,79 \pm 4,73$ kg/m² avec des extrêmes de 16 et 40 kg/m² et était normal dans 55% des cas. Le surpoids-obésité représentait 38%.

Ce résultat est similaire à celui de Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12] qui avait retrouvé un IMC moyen de $25,9 \pm 3,8$ avec des extrêmes de 18,3 et 35,8.

Le tour de taille moyen était de $94,49 \pm 10,30$ cm avec des extrêmes de 69 cm et 122 cm. L'obésité abdominale était retrouvée chez 55% des patients.

Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12] avait retrouvé un tour de taille > 102 cm dans 15% des cas, > 94 cm dans 40% des cas et une moyenne de tour de taille de $90,9 \pm 12,8$ cm avec des extrêmes de 58 et 138 cm.

La PA était contrôlée chez 38 patients et 62% avaient une PA élevée.

La durée de l'HTA est comprise entre 1-5ans chez 61% des patients avec une moyenne de $5,14 \pm 5,10$ ans et des extrêmes allant de 1 et 21 ans.

Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12] qui avait trouvé une PA contrôlée, une HTA grade 1, grade 2, grade 3 dans respectivement 6%, 37%, 35% et 22%. La durée moyenne de l'HTA retrouvée par Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12] était comprise entre 1-5 ans dans 50% des cas avec une moyenne de $6,7 \pm 6,9$ ans et des extrêmes allant de 1 et 33 ans.

Nous avons retrouvé 76% des patients sous IEC, 63% sous IC, 59% sous diurétiques, 54% sous beta bloquant et 25% sous antiagrégants plaquettaire.

Dysfonction érectile

Sur les 34 patients qui avaient une DE après avoir commencé le traitement antihypertenseur, 85% un DE légère, 7% une DE modérée, 8% une DE sévère-inclassable.

Bouya AP et al. au Congo en 2012 [13], Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12], Leye MMM et al. au Sénégal en 2016 [15] et de Diakité ML et al. au Mali en 2016 [14] avaient retrouvé une DE légère, modérée et sévère dans respectivement 40%, 12,5% et 47,5% ; 60%, 34% et 6% ; 64,8%, 10,7% et 8,5% ; 22,22%, 48,61% et 29,17%.

Dans notre étude, 5% des patients avait une éjaculation précoce, 3% une éjaculation retardée, 5% une anéjaculation et 10% une baisse de la libido.

Diakité ML et al. au Mali en 2016 [14] avait rapportée 24% d'éjaculation précoce, 18,5% de baisse de la libido, 7% d'anéjaculation et 4% une maladie de La Peyronie. Babacar D et al. au Sénégal en 2007 [17] avait retrouvé une baisse de la libido dans 41,1% des cas, 6,5% d'anéjaculation, 30,8% d'éjaculation précoce et 16,6% d'éjaculation retardée. Angwafo F et al. au Cameroun en 2000 [20] avait retrouvé 86,66% d'éjaculation précoce, 13,34% d'éjaculation retardée et 10,84% une baisse de la libido.

Dans notre étude, 96% des patients n'avaient pas d'autres facteurs impliqués dans la survenue de la DE, mais on notait un conflit conjugal chez 1% des patients et des difficultés financières dans 3%.

Bouya AP et al. au Congo en 2012 [13] avait retrouvé 20% de conflits conjugaux, 12,5% de difficultés financières, 12,5% suite au décès d'un proche et aucun facteur dans 40% des cas. Rimtebaye K et al. au Tchad en 2018 [16] avait retrouvé un conflit conjugal dans 33,66% des cas, une difficulté financière dans 9,92%, le décès d'un proche dans 7,39%, le stress professionnel dans 15,76% et aucun facteur dans 24,90%.

Les tranches d'âge de 50-59 ans et 60-69 ans étaient les plus touchées par la DE dans 32,83% chacune. Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la dysfonction érectile et l'âge des patients ($p = 0.132$).

Dans les travaux réalisés au Qatar et en Espagne, la prévalence de la DE augmentait avec l'âge des patients hypertendus [8,10].

Ce constat n'était pas particulier aux hypertendus puisse que des études en population générale ou chez les sujets normotendus avait montré également une corrélation entre l'âge et la DE [21].

Sur les 67 patients présentant une dysfonction érectile, 35,82% avaient une pression artérielle équilibrée, 64,18% une pression artérielle élevée.

La dysfonction érectile est plus représentée chez les patients qui avaient une durée d'HTA entre 1-5ans, soit 53,73%.

Chez les patients ayant une PA élevée avec DE: 60,46% avaient une DE légère, 11,62% une DE modérée et 27,9% une DE sévère (sévère-inclassable).

Bener A et al. au Qatar en 2007 [8] avait retrouvé 66,2% de DE chez les hypertendus, différent de Soulemane P et al. au Togo en 2015 [12] qui avait retrouvé une HTA sévère dans 14% en l'absence de DE, 25% DE légère,

27,8% DE modérée et 33,2% de DE sévère. Ceci traduit l'impact de l'HTA sur l'altération de la fonction érectile. Chez les patients présentant une dysfonction érectile, 62,68% étaient monogames, 37,32% polygames. Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la dysfonction érectile et le statut matrimonial ($p = 0,6966$).

Chez les patients présentant une DE, 37,31% n'avaient pas d'antécédents médicaux. La DE était présente chez 94,44% des diabétiques.

Les patients présentant une cardiopathie, une obésité et un syndrome métabolique avaient une DE dans respectivement 73,91%, 50% et 54,54%.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la dysfonction érectile et les antécédents médicaux des patients ($p = 0,0614$).

Babacar Diao et al. au Sénégal en 2007 [17] et Mahamane Sani MA et al. [24] au Niger en 2015 avaient retrouvé une DE chez les diabétiques dans respectivement 21,8% et 67,7% des cas.

Kambou T et al. au Burkina Faso en 2005 [22] n'avaient pas rapporté de corrélation entre la survenue de la DE et les antécédents médicaux de diabète, de cardiopathie et d'ulcère gastroduodéal, soit respectivement ($p : 0,917, 0,34$ et $0,13$).

Chez les patients ayant des antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne, traumatologique, urologique, la DE représentait respectivement 86,66%, 100% et 75% mais il n'existe pas de relation statistiquement significative la dysfonction érectile et les antécédents chirurgicaux des patients ($p = 0,0123$).

Dans 62,68% des cas, les sédentaires avaient une DE dans notre étude.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la DE et les facteurs de risque modifiables ($p : 0,3305$).

La DE était fréquente chez les patients sous IEC, IC, Diurétique, Beta bloquant, dans respectivement 73,13%, 64,17%, 62,68% et 52,23%.

Il existe de relation statistiquement significative entre la dysfonction érectile et le traitement antihypertenseur des patients ($p = 0,0001$).

La fréquence de la dysfonction érectile passe à 40-50% sous traitement antihypertenseur. Les études cliniques de bonne méthodologie ont montré que les diurétiques (23% des patients) étaient les principaux pourvoyeurs de dysfonction érectile. La pluri thérapie anti- hypertensive est un facteur aggravant [23].

CONCLUSION

La DE est élevée chez les hypertendus au Niger et augmente avec l'âge, la durée de l'HTA, la présence de diabète, de cardiopathie, de syndrome métabolique et de chirurgie abdomino-pelvienne.

DÉCLARATIONS

- **Contribution des auteurs** : Tous les auteurs cités ont participé à la réalisation de ce travail
- **Remerciements** : Nous remercions nos maîtres (Pr Touré Ibrahima Ali, Dr Bako, Pr Rachid Sani, Pr Adehossi Eric Omar, Pr Valentin Yameogo), la

Direction de l'hôpital National de Niamey et le Décanat de la faculté de médecine.

- **Conflit d'intérêt** : Nous n'avons aucun conflit d'intérêt
- **Appui financier et sponsoring** : Aucun

RÉFÉRENCES

1. Isaac NWAHA. Etude prospective des troubles de l'érection au service d'urologie du CHU du point G. Thèse de médecine, Bamako ; 2009.
2. Babacar D, Alain K, Papa Ahmed F, Lamine N, Anani O, Ibrahima B et al. La dysfonction érectile au Sénégal : profil épidémiologique. *Andrologie*. 2007;Vol 17(n°3):223-229p.
3. Mille WAFAE BOUCHKARA. Mise au point thérapeutique sur la dysfonction érectile. Thèse de médecine, Maroc; 2016.
4. WHO, Harvard school of Public Health, World Bank. The Global burden of disease. Harvard School of Public Health; 1996.
5. WHO Regional Office Africa. Non communicable diseases: a strategy for African Region. AFR/RC 50/10 ; 2000.
6. Thomas D. Cardiologie. Ellipses Aupelf/Uref, 1994.
7. MSP/Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles au Niger (approche step "wise" de l'OMS) 2021.
8. Bener A, Al-Ansari A, Abdulla OAA, Al-Hamaq AOAA, Isam-Eldin A, Elbagi I-EA et al. Prevalence of erectile dysfunction among hypertensive and nonhypertensive Qatari men. *Medicina (Kaunas)*. 2007; 43(11):870-878.
9. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, de Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. *Urology*. 2004; 64(6):1196-1201.
10. Mittawae B, El-Nashaar AR, Fouda A, Magdy M, Shamloul R. Incidence of erectile dysfunction in 800 hypertensive patients: a multicenter Egyptian national study. *Urology*. 2006; 67(3):575-8.
11. Aranda P, Ruilope LM, Calvo C, Luque M, Coca A, Gil de Miguel A. Erectile dysfunction in essential arterial hypertension and effects of sildenafil: results of a Spanish national study. *Am J Hypertens*. 2004; 17(2):139-145.
12. Soulemane P, Soodougoua B, Machilude P, Kevin T, Yaovi A, Matchona K et al. La dysfonction érectile chez l'hypertendu togolais : étude transversale chez 100 patients dans le Service de Cardiologie du CHU Campus de Lomé. *Pan African Medical Journal*. 2015 ; Vol 21 (n°47) : 1-7p.
13. Bouya A P, Odzebe A, Mayala R, Ondongo A, Andzouana N, Monabeka H. la dysfonction érectile au Congo : premières données sur la fréquence de ce motif de consultation et profil clinique au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. *Andrologie*. 2012 ; Vol 22 :92-95p.
14. Diakité M L, Ouattara A Z, Diakité A S, Traoré B, Kanté M, Coulibaly L et al. Profil épidémiologique clinique et para clinique de la dysfonction érectile en consultation dans le service d'urologie du CHU du point G. *Mali Médical*. 2016 ; Vol 31 (n°4) : 1-9p.

15. Leye M M M, Faye A, Ka O, Seck I, Dia A T. Facteurs de risque cardiovasculaire associés au dysfonctionnement sexuel dans la région de Dakar, Sénégal. *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*. 2016.
16. Rimtebaye K, Kamadjou C, Moby Mpah E, Zarif A, Danki S, Kaboro M. Profil du patient souffrant de dysfonction érectile. *Uro'Andro*. 2018 ; Vol 1(n°9) :438-441p.
17. Babacar D, Alain K, Papa Ahmed F, Lamine N, Anani O, Ibrahima B et al. La dysfonction érectile au Sénégal : profil épidémiologique. *Andrologie*. 2007 ; Vol 17(n°3) :223-229p.
18. Fall D F, Ka O, Diallo Y, Gaye A, Sow P G, Sylla C. Profil épidémiologique des patients atteints de dysfonction érectile au centre de santé de Ouakam, Dakar-Sénégal. *Med Afr Noire*. 2013 ; 60(11) : 449-458.
19. Diallo B A. Profil épidémiologique de l'hypertension artérielle en milieu Hospitalier à Bamako. *Med Afr Noire*. 1994 ; 41(2) : 103-105.
20. Angwafo F, Malonga E, Kamdem P. Profil des patients ayant une dysfonction sexuelle masculine à l'hôpital général de Yaoundé. *Andrologie*. 2000. Vol 10(n°2): 215-219p.
21. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CF. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders. 1948; 804.

22. KAMBOU T, ZANGO B, FONGANG C, SOMBIE I, BAMBARA M, DAO B. Etude de l'insuffisance érectile dans une population d'hommes jeunes et sexuellement actif au Burkina Faso. *African Journal of Urology*. 2005 ; Vol 11(4) : 310-318.
23. Dominique S, Sébastien G, Cécile B, Julie Q. Dysfonction érectile et traitement antihypertenseur. *Andrologie*. 2008 ; Vol 18(n°2) : 137-139p.
24. Mahamane Sani MA, Malam Djibo I, Andia A, Madougou S, et al. Facteurs Associés à la Neuropathie Diabétique à l'Hôpital National de Lamordé (Niamey-Niger). *Health Sci. Dis*. 2015 ; Vol 16 (4) : 1-4p