

*Ministère de l'Éducation Nationale
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 2023-2024

MEMOIRE

LA DYSFONCTION ERECTILE CHEZ LES PATIENTS V.I.H SOUS TRAITEMENT : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES

Présenté et soutenu le 19 /07/2024 Devant la Faculté de Médecine

Par Dr CISSOKO Aliou Badara

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées

(D.E.S) en Urologie

Jury

Président du jury : Professeur Mamadou L DIAKITE

Membres : Professeur Honoré J.G BERTHE

Professeur Mamadou T COULIBALY

Directeur de mémoire : Professeur DIARRA ALKADRI

DEDICACE REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

- Au prophète MOHAMED : paix et salut sur lui.
- A mon père, feu Modibo CISSOKO ‘’mon fils’’, j’aurais tellement voulu que vous soyez là. Vous m’avez vu généraliste et non spécialiste. Je me rappelle de vos conseils, vos encouragements, votre soutien tout au long de cette formation. C’était une fierté pour vous de me montrer à vos amis « voici notre fils qui se spécialise en urologie ». Vous étiez une personne taciturne et un exemple de père dont tout enfant rêvait d’avoir. Je suis fier d’être votre fils, qu’Allah vous accueille dans son ‘Djanatul Firdaw’. Merci père.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent:

- A 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.
- A ma mère, Bintou DIARRA "Nburanmuso", femme dynamique, croyante, optimiste. Tu as dirigé mes premiers pas. Prête à tout pour tes enfants. Tes prières et ton soutien ne m'ont jamais manqué. Qu'Allah te protège et t'assiste dans une longue vie pieuse.
- A nos parents disparus, ce travail est le vôtre, qu'Allah vous accueille dans son 'Djanatul Firdaw'. Amen !
- A mes tonton et tantes. Merci pour vos 'Douas' sans cesse, qu'Allah vous le récompense.
- Au corps professoral de la FMOS de Bamako pour l'enseignement dispensé.
- A tout le personnel de l'USAC de l'hôpital du district de la commune IV de Bamako pour la bonne collaboration lors de la réalisation de ce travail.
- A tout le personnel des services d'Urologie du CHU le Luxembourg, du CHU de Kati, du CHU de Gabriel Touré et du CHU du Point G. Recevez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.
- A mes promotionnaires et tous les D.E.S urologie : nous nous sommes connus dans la formation, nous sommes unis pour la vie. Qu'Allah bénisse notre formation
- A Dr KANTE Mahamadou qui m'a montré la voie de cette belle spécialité. Merci pour vos multiples efforts durant ce beau parcours. Qu'Allah vous récompense.
- A KEITA Mamadou "KAPI" vos conseils, vos aides sans cesse au cours de ma formation ont été sans faille. Ce travail est le votre.
- A mes femmes et mes enfants, merci pour votre compréhension et votre patience. Inchaalahou le meilleur est à venir.
- A mes frères et sœurs descendant de Feu Massa "Massachiw" pour votre soutien sans faille. Votre sens de responsabilité et d'amour les uns envers les autres

me rassure. Retrouvez ici l'expression de mon affection et de mon respect. Que Dieu nous garde unis. Amen !

➤ A mes deux frères et complices Moussa et Malamine. Votre soutien morale et financière durant cette période a été sans faille. Ce travail est le vôtre.

➤ Au personnel de la clinique 'ASTRA', merci pour vos encouragement, ce travail est le votre.

➤ A mes ami(e)s. Que Dieu raffermisse notre amitié. Amen !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury :

Professeur Mamadou Lamine DIAKITE

- **Vice doyen d à la FMOS ;**
- **Chef de service d'urologie du CHU point G ;**
- **Professeur titulaire en Urologie à la FMOS ;**
- **Président de l'Association Malienne d'Urologie**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations nous a comblés. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité et vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre. Recevez ici cher Maître notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre Maitre et membre du jury :

Professeur BERTHE Honore Jean Gabriel.

- **Chirurgien Urologue ;**
- **Professeur titulaire en Urologie à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Secrétaire général du bureau de l'Association Malienne d'Urologie**
- **Coordinateur du D E S d'Urologie du Mali ;**

Cher Maître,

Nous sommes très fiers d'avoir appris à vos côtés. Votre disponibilité, votre amour pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique ont amélioré la qualité de ce travail. C'est l'occasion pour nous de vous réaffirmer notre grande admiration.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et membre du jury :

Professeur Mamadou Tidiane COULIBALY.

- **Chirurgien urologue au service d'urologie du CHU Gabriel Touré**
- **Maître de conférences d'urologie à la FMOS**
- **Membre de l'association malienne d'urologie**
- **Chef de service d'urologie du CHU Gabriel Touré**

Cher maître,

Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait ; nous sommes fiers d'avoir appris à vos cotés

Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance

A notre Maitre et directeur de memoir :

Professeur Alkadri DIARRA.

- **Chef de service d'urologie du CHU Luxembourg ;**
- **Pédagogue médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2 ;**
- **Communicateur médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2 ;**
- **Professeur agrégé en urologie à la FMOS ;**
- **Président de la commission médicale du CHU Mère Enfant le Luxembourg**
- **Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins ;**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre goût pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir certain de l'urologie. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance. Nous prions ALLAH le Très miséricordieux de vous accorder sa clémence dans une longue vie en bonne santé.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- VIH/SIDA : Virus d'Immunodéficience Humaine /Syndrome Immunodéficience Acquise
- PVVIH/SIDA : Personne Vivant avec le VIH/SIDA
- HD CIV : Hôpital du District de la Commune IV
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- ARV : Anti Retro Viral
- D E : Dysfonction Erectile
- USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil
- ARCAD : Association pour la Résilience des Communautés pour l'Accès au Développement.
- G/L : Gramme par litre
- Grpe : Groupe
- HTA : Hyper-Tension Artérielle
- IIEFS : Index International d'Evaluation de la Fonction Sexuelle
- mmol/l : millimole par litre
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RR : Risque Relatif
- % : Pourcent

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge :	5
Tableau II: Répartition des patients selon le régime matrimonial :	5
Tableau III: Répartition des patients selon le type de VIH :	7
Tableau IV: Répartition des patients selon les facteurs de risque et la DE	11
Tableau V: Répartition des patients selon le type de VIH et la D E :	11
Tableau VI: Répartition des patients selon la période d'inclusion et la D E :	12

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patients selon la profession	6
Figure 2 : Répartition des patients selon le score IIEF5	8
Figure 3 : Répartition des patients selon la période de découverte de la DE.....	9
Figure 4 : Répartition des patients selon le traitement reçu contre là DE.....	10

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
II. METHODOLOGIE	4
III. RESULTATS	5
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	13
V. CONCLUSION	16
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	18
VIII. ANNEXES	20

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La première description connue de l'impuissance érectile est égyptienne. On la retrouve dans les Papyrus de Kahun, environ 2000 ans avant Jésus Christ.

Après la publication des rapports d'Alfred Kinsey en 1948 et 1970, décrivant les comportements sexuels des hommes puis des femmes ; Masters et Johnson, dans les années 1960-1970 ont permis aux dysfonctions sexuelles de sortir de l'ombre et en ont donné une description nosologique cognitivo - comportementale. [1]

Les premiers traitements proposés (rituelles, plantes) il y a 35000 ans. [1]

Au début du XXIème siècle, la dysfonction endothéliale et le rôle du monoxyde d'azote (NO) sont au centre des préoccupations physiopathologiques. [1]

L'évaluation d'une affection nécessite qu'on la définisse précisément au préalable. C'est ainsi que au cours de la deuxième consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles en 2004 que la dysfonction érectile (D.E.) a été définie comme « L'incapacité persistante ou récurrente pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante du pénis pour permettre une activité sexuelle satisfaisante ». [2]

Il est nécessaire d'ajouter à cette définition la notion d'évolution de la maladie au cours du temps et le degré de gravité du trouble. Une durée minimum de 3 mois est acceptée pour établir le diagnostic. Dans certaines conditions, après traumatisme ou chirurgie (prostatectomie radicale) le diagnostic peut être porté avant 3 mois. [2]

La revue de la littérature réalisée par le comité de la deuxième consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles a permis de conclure en 2004 que la prévalence de la D.E. 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, de 50 à 75% après 70ans. [2]

Dans le monde, environ 322 millions d'hommes souffriront d'une D E d'ici 2025. La majeure partie des cas sera enregistrée dans les pays en développement. [3]

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure une priorité sanitaire mondiale majeure. Elle constitue une source de souffrance

physique et psychologique ainsi que de difficultés relationnelles et de détérioration de la santé sexuelle. [4]

La dysfonction sexuelle a été largement rapportée chez les personnes vivant avec une infection par le VIH (PVVIH). [4] En effet, entre 13 et 74 % des hommes vivant avec le VIH et traités par la thérapie antirétrovirale avaient une dysfonction sexuelle (Guaraldi et al.2007). [4] Le VIH lui-même ainsi que les agents antirétroviraux peuvent induire ce dysfonctionnement (Amini Lari et al.2013). [4] À notre connaissance, aucune étude Malienne ne s'est encore intéressée à ce sujet bien que l'épidémie même si elle est actuellement considérée comme une pandémie.

La santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) recevant des médicaments antirétroviraux (ARV) est un domaine quasi inexploré en Afrique. [5] Ce déficit de connaissance est lié au très faible investissement dans la recherche en santé sexuelle sur ce continent. [5]

Les troubles sexuels peuvent être engendrés par l'impact psychologique du caractère sexuellement transmissible du VIH (culpabilité, peur de contaminer), par la baisse du taux de certaines hormones, par une dépression, par les traitements. [6] La prévalence de la D.E. augmente avec l'âge, psychologie, le diabète, le tabac, les maladies cardiovasculaires et neurologiques

La D.E. de par sa fréquence et l'impact négatif sur la qualité de vie devient un problème de santé publique. En France l'étude la plus importante date de 2004 et trouve un taux de 67% de D.E. toute gravité confondue. [7]

Notre étude a pour but d'analyser les facteurs associés de la D.E. chez les PVVIH/SIDA sous traitement.

OBJECTIFS

- Déterminer la fréquence de la D.E. chez les PVVIH.
- Analyser les facteurs associés de la D.E. chez les PVVIH.

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

Cadre d'étude : l'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil de l'hôpital du district de la commune CIV de Bamako.

-Type et Période d'étude : Etude rétrospective, descriptive, observationnelle.

Elle portait sur les dossiers de cinq dernières années (janvier 2019 - décembre 2023) par appel téléphonique sur une période de trois mois.

-Population de l'étude : patients VIH sous traitement, suivis à l'USAC de l'hôpital du district de la CIV.

-Echantillonnage : a été exhaustif portant sur les dossiers des patients VIH suivis à l'USAC de janvier 2019 à décembre 2023 par appel téléphonique.

-Critères d'inclusion : patients âgés d'au moins 18 ans au plus, sexe masculin ; ayant accepté de participer à l'étude.

-Critères de non inclusion : sexe féminin ; refus du patient ; Age inférieur à 18 ans.

-variables étudiés : âge, profession, répartie en 4 groupes : groupe I (cultivateur, Eleveur, Pêcheur), groupe II (Elève, Etudiant), groupe III (Fonctionnaires et assimilés), groupe IV (sans emploi), régime matrimonial, Type du VIH, type d'ARV, statut matrimonial, Existence d'autres pathologies associées, résultat du score IIEF5, observance du traitement ARV, mode du traitement de la dysfonction.

Aspect éthique : Au début de chaque interrogatoire, nous avons pu obtenir un consentement verbal de tous nos patients. Ainsi, il leur a été expliqué que cette étude a un but scientifique et que les informations obtenues ne serviront pas à des fins lucratives, mais visent à analyser les facteurs associés de la D E chez les PVVIH.

-Analyse des données : La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel EPI infos et le logiciel Excel 2007.

La confection des tableaux et figures a été exécutée sur Microsoft Word.

RESULTATS

III. RESULTATS

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge :

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentages
[18-38[6	16,7
[39-59[22	61,1
[63-plus	8	22,2
Total	36	100

L'âge moyen des patients était de 47,5 ans avec un Ecart type : 10,2.

Tableau II: Répartition des patients selon le régime matrimonial :

Régime matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Monogame	21	58,3
Polygame	15	41,7
Total	36	100

La monogamie était la plus représentée, soit 58,3%.

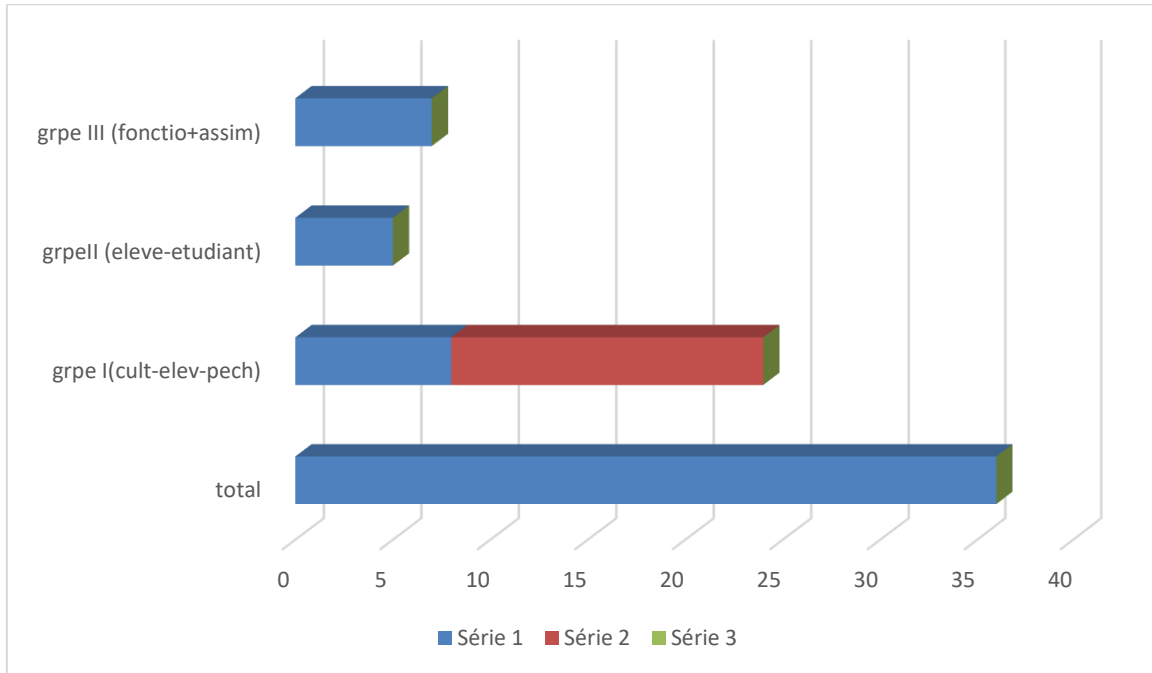


Figure 1: Répartition des patients selon la profession

Les cultivateurs, éleveurs, pêcheurs 66,6% des patients.

Tableau III: Répartition des patients selon le type de VIH :

Type de VIH	Effectifs	Pourcentages
VIH1	35	99
VIH2	1	1
Total	36	100

Le type VIH1 représentait 99% des patients enregistrés.

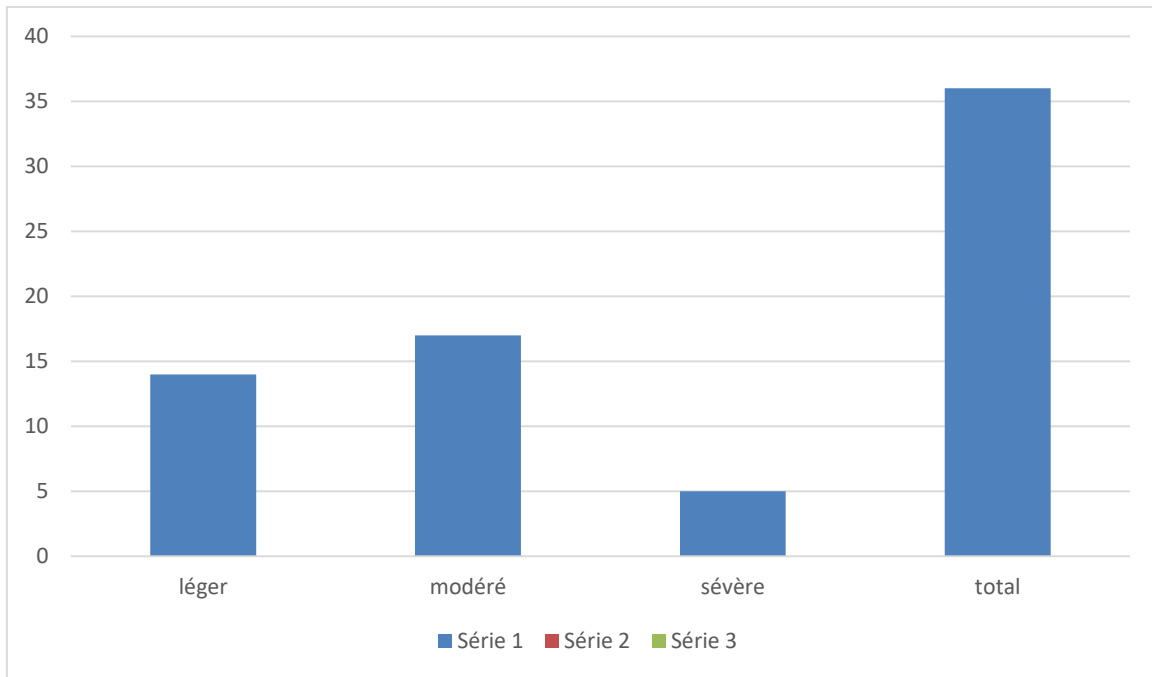


Figure 2 : Répartition des patients selon le score IIEF5

Dans notre série, 5 patients avaient une fonction érectile sévère ; 14 cas de D E léger ; 17 cas de D E modéré.

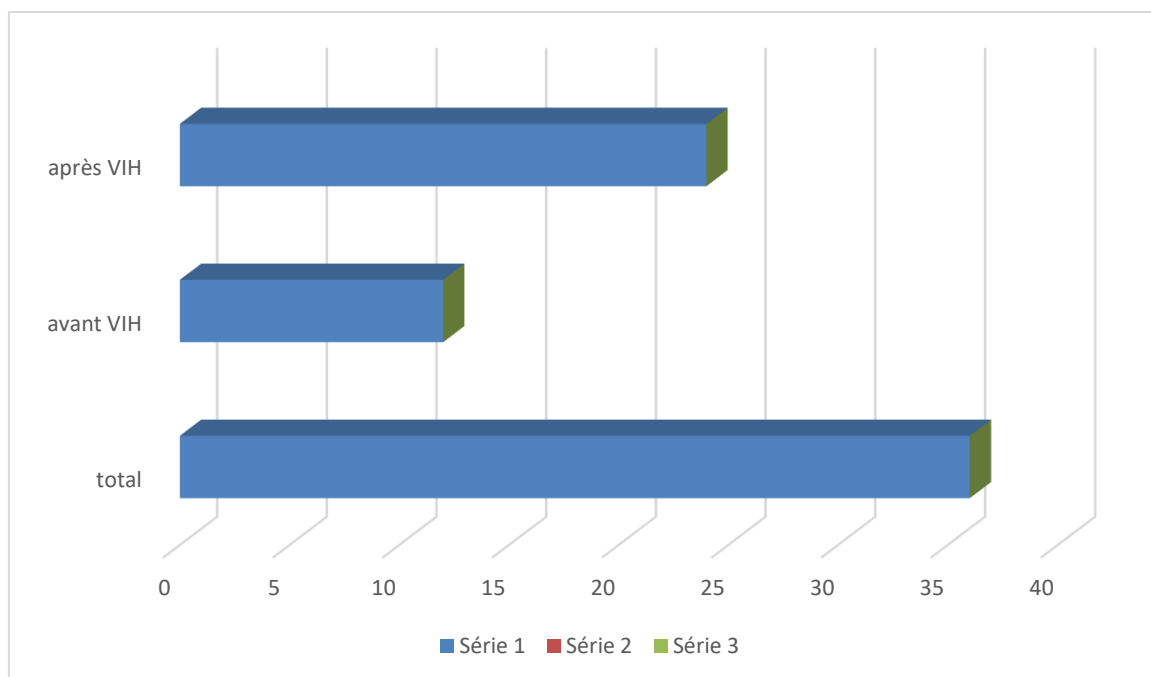


Figure 3 : Répartition des patients selon la période de découverte de la DE

Dans notre étude, 24 patients ont présenté la DE après la découverte du VIH contre 12 qui avait la DE avant

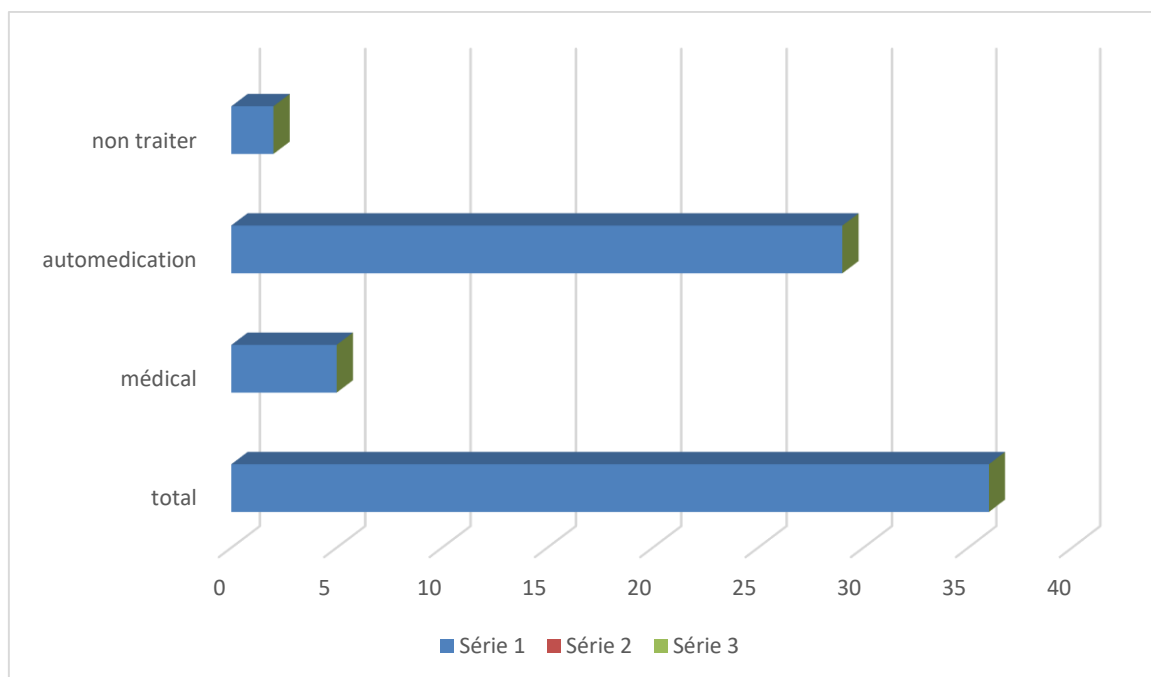


Figure 4 : Répartition des patients selon le traitement reçu contre la DE

Dans notre série, 2 patients n'ont pas fait de traitement ; 5 patient traiter médicalement ; 29 automédications.

Tableau IV: Répartition des patients selon les facteurs de risque et la DE

Facteurs de risque							
Score IIEF5	alcool	HTA	tabac	Tabac et alcool	HTA et tabac	Absence de facteur	total
léger	1	0	2	1	0	10	14
Modéré	1	1	5	5	0	5	17
sévère	0	0	2	0	1	2	5
Total	2	1	7	6	1	17	36

La DE de type modéré était présent chez 17 de nos patients sans facteur de risque

Tableau V: Répartition des patients selon le type de VIH et la D E :

TYPE DE VIH			
Score IIEF5	Type 1	Type 2	Total
Léger	14	0	14
Modéré	16	1	17
Sévère	5	0	5
total	35	1	36

La DE était présent chez le VIH1 avec respectivement 16 de modéré, 14 de léger et 5 de sévère.

Tableau VI: Répartition des patients selon la période d'inclusion et la D E :

PERIODE DE DECOUVERTE DU VIH						
Score	1 an	2ans	3 ans	4 ans	5 ans	Total
IIEF5						
léger	2	5	4	1	2	14
modéré	5	6	4	1	1	17
sévère	2	1	1	1	0	5
Total	9	12	9	3	3	36

La DE était respectivement modéré chez 17 patients et léger chez 14 patients inclus sous ARV durant les cinq années.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'infection à VIH est une maladie chronique affectant tous les domaines de la vie individuelle et sociale, que ce soit par le retentissement physique et psychologique de la maladie, la vie affective et sexuelle, par les difficultés de l'insertion sociale et professionnelle. [8] Surtout dans notre contexte où une certaine attitude de pudeur, caractéristique de notre société, ne permet pas d'évoquer ce problème.

Notre étude nous a permis de trouver chez 367 patients, 36 cas de D.E, 4 cas de refus, 17 cas de décès par appel téléphoniques sur les dossiers des cinq dernières années. Notre étude est comparable à une étude néerlandaise portant sur 366 patients dont 43 cas de D.E [9]. Tous nos patients étaient sous le même traitement ARV (Ténofovir + lamuvidine + dolutegravir) selon les normes et protocoles de prise en charge des PVVIH du Mali. [10]

La D.E était présente chez 33,3% de nos patients avant contre 66,7% après leur inclusion sous ARV. Dans la prise en charge de la DE, 80,5% ont eu recours à l'automédication, 13,8% au traitement médical et 5,7% non traité.

RELATION ENTRE L'AGE DES PATIENTS ET LA D.E :

Le taux des hormones sexuelles et de DHEA baisse avec l'âge, alors que le taux des hormones lutéinisante (LH), folliculo-stimulante (FSH) et de la protéine de fixation des hormones sexuelles (Sex Hormone Binding Globuline, SHBG) augmentent. [7]

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 47,5 ans avec un Ecart type : 10,2.

Comme constaté chez d'autres auteurs :

S Bouhlel et al [4] ont rapporté un âge moyen de 40,3 ans chez les PVVIH.

M.EL Fane et al [8] ont trouvé un âge moyen de 38 ans dans le groupe D E.

RELATION ENTRE LE REGIME MATRIMONIAL ET LA D E :

Dans notre étude les monogames représentaient 58,3% suivis des polygames 41,7%. Ce résultat est différent de celui de M.EL Fane et al [8], qui ont rapporté un taux de 47% pour les monogames et 17% pour les polygames et l'étude de M. Kanté sur la DE chez les patients diabétique [8], qui avait rapporté 61% des

monogame suivis des polygames 37%. Nous ne pouvons cependant déduire ici que la polygamie est un facteur d'exposition à la D E comme suspecté par certains auteurs comme Diao et al [11] et Diakité M L et al [12].

RAPPORT ENTRE LES FACTEURS DE RISQUE ET LE SCORE IIEF5 :

Le tabagisme, le diabète, HTA, alcoolisme et l'obésité sont des facteurs qui augmentent le risque des maladies cardiovasculaires. Une cause plus générale concerne les habitudes de vie [7]. Les fumeurs ont quatre fois plus de risques de devenir « impuissants » que les non-fumeurs [7]. Le monoxyde de carbone (CO) a un effet vasoconstricteur important. Ce gaz spasme les artères, en rétrécit le calibre, diminuant ainsi le flux sanguin dans le pénis. La D.E. a un aspect particulier chez le diabétique, car elle apparaît plutôt et souvent plus grave par rapport à la population générale [7]. L'hypertension artérielle est associée de façon significative à la survenue de la D.E. [9]. L'alcool entraîne une carence en vitamines B, nécessaires à la sexualité et il fait chuter le taux de testostérone, l'un des moteurs de la libido [7]. Le manque d'exercice physique et une mauvaise alimentation, trop sucrée, trop grasse, trop carnée (la viande contient de l'adrénaline, secrétée par les animaux avant leur mort). Dans notre étude nous a rapporter dans le type de DE léger (1 patient tabagique et alcoolique), type modéré (1 patient HTA, 1 patient d'alcoolique, 5 patients tabagique et 5 patients tabagique et alcoolique).

RAPPORT ENTRE LE TYPE DU VIH ET LE SCORE IIEF5 :

Des études portent à croire que l'infection au VIH ferait augmenter le risque de problèmes sexuels chez les hommes, y compris la difficulté à obtenir et à maintenir une érection et la baisse de la libido dans certains cas. [9]

Dans notre étude le VIH1 était le plus représenter à 99% contre 1% de VIH2. Cette augmentation était similaire au niveau du score IIEF5 avec respectivement : 14 cas de léger, 16 cas de modéré et 5 cas de sévère tous VIH1 et seulement 1 cas de modéré VIH2. Cette prédominance chez les VIH1 pourrait être due à la fréquence

plus élevé de VIH1 sur le taux national. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une relation entre le score IIEF5 et type de VIH.

LE RAPPORT ENTRE LA PERIODE D'INCLION ARV ET LE SCORE IIEFS :

Une étude par ARCAD/SIDA sur 65 patients (âge médian de 39 ans) montrait que 26 % avaient une DE, L'analyse retrouvait une corrélation entre la DE et l'âge, l'ancienneté de la contamination, les antécédents de traitement par inhibiteur de protéase, la durée du traitement. [7]

Dans notre étude les formes légère, modérée et sévère représentaient respectivement 38,8%, 47,2% et 14% durant les cinq.

Contrairement au VIH, chez les patients diabétiques, la DE serait de sévérité importante par rapport à la population générale. [22] Ainsi les formes légère, modérée et sévère représentaient respectivement 24%, 23% et 16%. [9]

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V. CONCLUSION

La sexualité des Maliens vivants avec le VIH est sous-évaluée. La prise en charge de ces personnes doit être globale en incluant en plus du contrôle de la virémie et des infections opportunistes, un regard attentif et une écoute bienveillante des plaintes des patients quant à leur vie affective et sexuelle. La prise en considération des éventuels troubles sexuels qu'ils soient ou non liés au VIH doit être systématique afin de réduire leur impact négatif aussi bien sur la qualité de vie des patients que sur les conduites de prévention de la transmission du virus.

VI. RECOMMANDATIONS

De cette étude peuvent être tirées quelques recommandations adressées à l'ensemble des acteurs du système national de santé.

AU MINISTERE CHARGE DE LA SANTE :

- faciliter la prise en charge des structures privées dans la prise en charge des PVVIH ;
- Créer un réseau de correspondance uro- unités de prise en charge VIH pour prendre en charge les troubles de la sexualité chez les PVVIH ;
- Promouvoir l'exercice physique pour lutter contre la sédentarité ;
- Adopter un programme national de la prise en charge de la sexualité de PVVIH;
- Organiser régulièrement des ateliers de formation des personnels soignants dans le cadre de la lutte contre VIH/SIDA ;
- Subventionner les produits et les examens complémentaires nécessaires pour le bon suivi des DE chez les PVVIH.

AUX MEDECINS TRAITANTS :

- Aborder et discuter clairement les troubles de la sexualité avec les PVVIH ;
- Aider les PVVIH dans la prise en charge de leurs troubles de la sexualité.

AUX PVVIH :

- Avoir confiance aux médecins traitants et leurs confier tous les maux ;
- Ne pas se gêner d'aborder les problèmes sexuels ;
- Pratiquer une bonne observance des mesures hygiéno-diététiques et des traitements médicamenteux ;

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Droupy S. Diabète et dysfonction érectile. Médecine Clinique endocrinologie & diabète, Progrès en urologie, 2013 - Elsevier
2. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med. févr 2016;13(2):135-43.
3. Shiferaw WS, Akalu TY, Aynalem YA. Prevalence of Erectile Dysfunction in Patients with Diabetes Mellitus and Its Association with Body Mass Index and Glycated Hemoglobin in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Endocrinol. 18 janv 2020;2020:1-10.
4. S. Bouhlela, C.H. Derbela,*, J. Nakhliya, F. Bellazregb,H. Ben Meriema, A. Omezzineb, B. Ben Hadj Alia. Les dysfonctions sexuelles chez les patients tunisiens vivant avec le VIH. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.09.003>.
5. J. Diaw · B. Taverne · J. Coutherut
plaintes et dysfonctions sexuelles des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), traitées par antirétroviraux (ARV) depuis une dizaine d'année au sénégal. Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2014 DOI 10.1007/s13149-014-0342-4
6. Arcatgroupe sos.Dysfunction in156HIV-infected men receiving HAART with and without Pis. Lallemand F.,et al. JAIDS 2002, nov1, 31(3):322-6. <https://www.arcatsante.org/>
7. Gourbe O. Dysfonction érectiles du patient diabétique de type 2. : 78. olivier Gourbe. Médecine humaine et pathologie. 2013. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955757>. Submitted on 5 Mars 2014
8. M. El Fane (MD) a, *, R. Bensghir (MD) a, S. Sbai (MD) b, et al. Qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH. Sexologies (2011) **20**, 188-192.www.em-consulte.com

9. M. Kante. La dysfonction érectile chez le diabétique : aspects épidémiologiques et analyse des facteurs associés. Mémoire. 2020 service d'urologie CHU point-G
10. Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA au Mali. 2017
11. Diao B, Ndoeye AK, Fall PA, Niang L, Odzebe A, Bah I, et al. La dysfonction érectile au Sénégal: Profil épidémiologique. *Andrologie*. 1 sept 2007;17(3):223-9.
12. Diakité M L : Profil épidémiologique clinique et paraclinique de la dysfonction érectile en consultation dans le service d'urologie du chu du point g. | *Mali Médical*. [cité 25 mai 2020];
13. Berthé HJG. Dysfonction érectile psychogène chez les patients mariés : A PROPOS DE 102 OBSERVATIONS. *Rev Afr Urol Androl* [Internet]. 17 avr 2019 [cité 29 janv 2020];1(11). Disponible sur: <http://revue-uroandro.org/index.php/uro-andro/article/view/290>.

ANNEXES

VIII. ANNEXES

I -N°Fiche:

-N°Tél:

-Age:

-Profession : Grpe I (cultivateur-Eleveur-pêcheur) Grpe II (Elève-Etudiant)

Grpe III (Fonctionnaire + Assimilés) Grpe IV (sans emploi)

-Statut matrimonial : Célibataire () ; Monogame () ;

Polygame () ; Veuf ()

-Poids :

-Taille :

- partenaire (s) sexuel (s) :

II-Facteurs de risque de la D E associés :

-Tabac : / -Alcool : / -HTA : / -Diabète : /

- Psychologique :

-Maladie(s) cardio-vasculaire(s) :

- D E présente : Avant le traitement : / après le traitement : /

-Type de VIH :

-Période de découverte :

-schéma thérapeutique :

- observance du traitement ARV :

➤ Traitements associés :

Antihypertenseur(s) :

Neuroleptique :

Antidépresseur :

Autre(s) :

III-ANTECEDENTS

➤ MEDICAL :

-Affection neurologique :

-Trouble psychiatrique :

-Trauma avec séquelles neuro-vasculaires :

- Autre(s) :

➤ CHIRURGICAL :

-Prostate :

- Neurologique :
- Proctologique :
- Sur la verge :
- sur les testicules :

IV- EXAMEN CLINIQUE :

- Score IIEF5 (Index International d'évaluation de la fonction érectile) :

Sévère : score de 5 à 10 / /

Modéré : 11 à 15 / /

Léger : 16 à 20 / /

Fonction érectile normale : 21 à 25 / /

-Durée d'évolution de la D E :

V-Bilans biologiques

-ECBU+ATB:

-Germe(s):

-Sensible(s):

-Hémoglobine glyquée :

-Testostéronémie :

-Prolactinémie :

-Cholestérolémie :

- HDL :

-Triglycérides :

-Créatininémie :

-Ionogramme sanguin :

- Charge virale :

VI- Echographie doppler de la verge :

VII-Traitement spécifique de la D E instauré :

VIII-Evaluation du traitement à 3 mois :

SCORE IIEF5

Ce questionnaire permet d'évaluer votre fonction sexuelle au court des 6 derniers mois :

Au cours des six derniers mois :

I. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1. Pas sûr du tout
2. Pas très sûr
3. Moyennement sûr
4. Sûr
5. Très sûr

II. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

III. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

IV. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1. Extrêmement difficile

2. Très difficile

3. Difficile

4. Un peu difficile

5. Pas difficile

V. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1. Presque jamais ou jamais

2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3. Quelquefois (environ la moitié du temps)

4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5. Presque tout le temps ou tout le temps

Interprétation : :

Trouble de l'érection sévère (score de 5 à 10), modéré (11 à 15), léger (16 à 20), fonction érectile normale (21 à 25) et non interprétable (1 à 4).

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : CISSOKO

Prénom : BADARA ALIOU

Date et lieu de naissance : 05/ 08/ 1986 à Bamako

Année universitaire : 2023-2024

Titre du Mémoire: LA DYSFONCTION ERECTILE CHEZ LES PATIENTS V.I.H POSITIF SOUS TRAITEMENT : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Urologie- PVVIH-Santé Publique

RESUME

TITRE : Dysfonction érectile (D E) chez les PVVIH sous traitement : Aspects épidémiologiques et analyse des facteurs associés.

OBJECTIFS : -Déterminer la fréquence de la D E chez les PVVIH.

-Analyser les facteurs associés de la D E chez les PVVIH.

METHODOLOGIE : Etude descriptive et observationnelle, a l'USAC de l'hôpital du district de la commune IV, sur les dossiers des 5 dernières années (janvier 2019 – décembre 2023), par un appel téléphonique.

RESULTAT : Sur les 367 patients appelés par téléphone, 36 patients avaient une D E. L'âge moyen des patients était de 47,5 ans avec un écart type : 10,2. Chez ces 36 patients (2 non pas été traite, 5 ont été traite médicalement et 29 ont procédé a une automédication).

Nous avons retrouve 4 cas de refus et 17 cas de décès. La D.E est plus présente chez les PVVIH entre 39-59 soit 61,1%.

Le statut monogame était le plus représenté avec 21 cas soit 58,3%. Le VIH1 était le plus représenté avec 35 cas, le groupe I (cultivateur, ouvriers, pêcheurs...) était le plus représenté soit 66,6%. 24 patients ont présentés la DE au cours du traitement par ARV contre 12 patients avant traitement. Les facteurs de risque associés étaient respectivement : le tabac, alcool plus tabac, alcool, HTA et HTA plus tabac. Le type modéré du score IIEF5 était le plus représenté.

CONCLUSION : La sexualité des Maliens vivants avec le VIH est sous-évaluée. Notre étude nous permis obtenir des cas avec une mauvaise prise en charge. Elle n'a pas pu mettre une relation l'affection VIH/SIDA et le traitement ARV.