

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une foi



UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2007-2008

N°..... /2008

TITRE

**PRISE EN CHARGE DE L'ÉJACULATION
PRÉMATURÉE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE
AU CHU DU POINT G
À PROPOS DE 14 CAS**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le... / / 2008

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par **Mr KOHPÉ KAPSEU Stéphane**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Jury

Président : Pr. Nouhoum ONGOÏBA

Membre : Dr Cheick Mohamed Chérif CISSÉ

Codirecteur : Dr Aly TEMBELY

Directeur : Pr. Kalilou OUATTARA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique

Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L.
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L.
Mr Bouraïma MAIGA	Gyneco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie

Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie-Parasitologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie

Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Toxicologie
Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mme Rokia SANOGO

Galénique
Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA

Législation
Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun Aly SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale
Epidémiologie
Biostatistique
Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Dr Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

ABRÉVIATIONS

ACSF : Analyse des Comportements Sexuels en France

ATB : Antibiotique

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Coll : Collaborateurs

HTA : Hypertension artérielle

EP : Ejaculation Précoce

Fig. : Figure

IUG : Infection urogénitale

LH : Luteinising Hormon

NP : Non Précisé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
I-GÉNÉRALITÉS	3
1- L'acte sexuel.....	3
1-1 Les organes et centres nerveux.....	3
1-2 Rappels physiologiques.....	5
1-3 Anomalies de l'acte sexuel.....	7
2- L'éjaculation précoce.....	7
2-1 Définition.....	7
2-2 Épidémiologie.....	7
2-3 Étude clinique.....	8
2-4 Examens complémentaires.....	9
2-5 Étiologies.....	10
2-6 Complications.....	12
2-7 Traitements.....	12
II-MÉTHODOLOGIE	20
1- Cadre d'étude.....	20
2- Type d'étude.....	20
3- Critères d'inclusion.....	20
4- Critères de non-inclusion.....	20
5- Enquête.....	20
5-1 Fiche d'enquête.....	20
5-2 Recueil des données.....	21
5-3 Saisie des données et analyse.....	21
III-RÉSULTATS	22
IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	31
V-CONCLUSION	34
VI-RECOMMANDATIONS	35
VII- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'éjaculation précoce (EP) est le trouble sexuel le plus fréquemment rencontré dans le monde, un homme sur trois en serait atteint. C'est une pathologie à étiologie multifactorielle dont le diagnostic et la prise en charge ne sont pas aisés ; pour cause les connaissances en psychophysiologie sexuelle sont jusqu'à nos jours imparfaites et les incertitudes très nombreuses. Il n'existe pas de traitement de l'EP faisant l'unanimité. L'acte sexuel est un facteur de cohésion et d'harmonie dans le couple d'où l'impact potentiel de l'EP sur la sexualité, la qualité de vie, voire la fertilité du couple. Phénomène très répandu dans les pays développés, une nette augmentation en consultation du nombre de cas d'éjaculation précoce a été observée dans notre service ces dernières années. Longtemps occultée par d'autres pathologies, l'EP semble occuper aujourd'hui lors des consultations dans le service d'Urologie au CHU du Point G une place de choix. Plusieurs études ont été consacrées à l'EP mais il n'en demeure pas moins qu'en Afrique elles sont plutôt rares. Face à sa prévalence dans le monde entier, ses complications inhérentes, l'insuffisance de données dans nos contrées, il convient d'étudier l'EP. Cela est d'autant plus nécessaire que nous ne disposons pas d'étude sur ce sujet au Mali. En initiant ce travail, nous nous fixons comme objectif :

OBJECTIF GÉNÉRAL :

Étudier l'éjaculation précoce dans le service d'Urologie au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- › Déterminer la fréquence en consultation de l'éjaculation précoce par rapport aux autres troubles sexuels dans le service d'Urologie au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.
- › Décrire les aspects cliniques et para cliniques de l'éjaculation précoce.
- › Déterminer les associations morbides de l'éjaculation précoce.
- › Évaluer les résultats du traitement.

I-GÉNÉRALITÉS

1-L'ACTE SEXUEL

1-1 Les Organes et Centres nerveux [19, 20]

Les processus responsables des modifications de l'organisme au cours de l'acte sexuel impliquent d'une part, la participation de nombreuses structures anatomiques, l'intégrité d'autre part, du système vasculaire, du système nerveux, et d'une certaine manière l'équilibre endocrinien du sujet.

1-1-1 Les principaux organes sollicités au cours de l'acte sexuel :

-La peau (zones érogènes)

-La musculature périnéale ; les muscles bulbocaverneux et ischiocaverneux.

- testicules, épидидymes, canaux déférents, vésicules séminales, prostate, glandes bulbo-urétrales et urétrales.

1-1-2 Les centres nerveux

a) Les centres supérieurs

Le contrôle « central » est établi au niveau du rhinencéphale, de l'hypothalamus, mais aussi des aires préfrontales et amygdaliennes.

Ces structures interviennent par l'intermédiaire de neurotransmetteurs cérébraux.

b) Les centres réflexes spinaux (Fig. 1)

Le centre érecteur est situé au niveau du rachis sacré (S2- S4) et le centre éjaculateur est situé au niveau du rachis lombaire (L2-L3).

Il existe de nombreuses anastomoses qui relient entre eux les deux systèmes sympathique et parasympathique.

Le plus fort contingent de fibres cholinergiques, vasodilatatrices, se rencontre dans le nerf d'ECKHART, appelé encore « nerf érecteur », alors, que l'hypogastrique est constitué en majeure partie de fibres vasoconstrictives, « adrénérgiques » provenant de la corne latérale de la moelle entre T10 et L2.

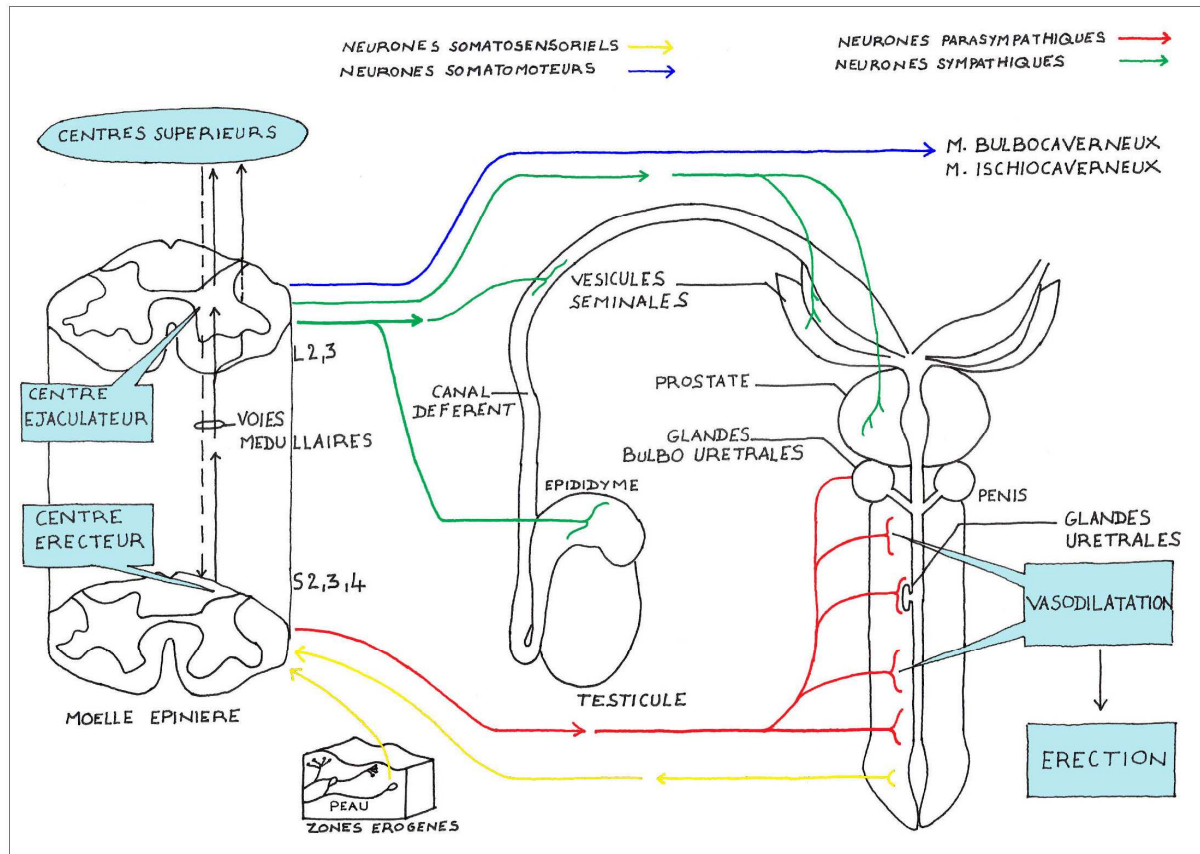


Figure montrant les Voies des réflexes sexuels chez l'homme. [6]

1-2 Rappels physiologiques [5, 7, 20]

Le cycle sexuel tel qu'il a été décrit par Master et Johnson comprend 4 phases : la phase de désir sexuel ou phase d'excitation, la phase de plateau, la phase de l'orgasme et la phase de résolution.

1-2-1 La phase de désir sexuel ou phase d'excitation

Sous contrôle de neurotransmetteurs cérébraux, elle comprend deux étapes :

a) La stimulation sexuelle

Il s'agit de phantasmes, toucher, images, goût et un souvenir antérieur ou des combinaisons. Le seuil est influencé par des facteurs physiques, psychologiques, sociaux et l'état de la personne (sa relaxation, son bien-être, son système de croyance, et ses préférences érotiques).

b) L'érection

Elle survient après la stimulation, elle peut se développer dans les dix secondes qui suivent la stimulation, cela varie selon l'âge, l'intérêt érotique et l'intensité de la stimulation.

L'érection est un réflexe quasi autonome qui tend à donner au pénis une rigidité fonctionnelle copulatoire.

Les impulsions sensorielles dont les stimuli psychiques ou locaux sont à l'origine atteignent la portion supérieure du segment lombaire médullaire par l'intermédiaire du segment parasympathique (S-2, S-4) conduisant à la relaxation des artérioles du corps caverneux du pénis. La pression artérielle atteint la pression des artères carotidiennes et les corps caverneux sont engorgés sous cette pression. La circulation veineuse est alors bloquée par des espèces de valvules, de sphincters, appelés polster par Blandy (1976), qui empêchent le retour veineux.

La vaso-congestion augmente la taille des testicules. Les muscles des cordons spermatiques se resserrent. L'érection est sous contrôle du parasympathique.

1-2-2 La phase de plateau

Elle est sous contrôle du parasympathique.

Durant la phase de plateau, le pénis est gorgé de sang, sa couronne et le gland deviennent plus proéminents. Une quantité (deux ou trois gouttes) d'un liquide clair est sécrétée par la glande de Cowper, émise à travers le méat pour neutraliser l'acidité vaginale (liquide pré-éjaculatoire).

1-2-3 La phase d'orgasme

Elle survient par activation sympathique entraînant l'éjaculation

L'orgasme est perçu en deux phases distinctes : une sensation « d'inévitabilité » d'abord, précédant de 2 à 3 secondes au plus l'éjaculation, contemporaine des contractions des glandes annexes ; les sensations d'expulsion avec une sensation contractile, liée à la contraction du sphincter urétral.

a) Première étape : l'émission

Durant le coït, des influx afférents atteignent la moelle par le nerf honteux. Les influx efférents partent du segment lombaire supérieur et voyagent à travers les ramificantes lombaires, les nerfs hypogastriques et le plexus pré-sacré. Des branches du plexus hypogastrique innervent les épидидymes, le canal déférent. C'est alors que les formations musculaires épидидymaires, déférentielles et prostatiques, sous le contrôle du système sympathique, se contractent en sept ou dix mouvements, à vitesse différente, expulsent les sécrétions prostatovésiculaires avec ouverture du sphincter externe. Probablement à ce moment-là, le col vésical, anciennement le sphincter interne, se ferme pour éviter l'éjaculation rétrograde.

b) Deuxième étape : l'éjaculation

L'éjaculation est un phénomène réflexe de nature psychosomatique.

Elle fait suite à la sommation des stimulations érogènes qui déclenche, sur une verge normalement en érection, des contractions spasmodiques des sphincters, des muscles périnéaux et des voies spermatiques.

L'émission du sperme dans l'urètre prostatique est le facteur déclenchant d'influx afférents à travers le nerf honteux S-2, S-3, S-4, avec contraction des muscles pelviens et périnéaux projetant le fluide séminal à une distance de 30 à 60 cm du méat urétral, si le pénis n'est pas dans le vagin évidemment.

Les mouvements éjaculatoires varient entre cinq et dix, la quantité de sperme varie entre deux et quatre millilitres.

1-2-4 La phase de résolution ou période réfractaire

C'est la phase ultime du cycle des réactions sexuelles, elle est réfractaire à toute prolongation des stimulations érogènes. Elle correspond à la détumescence sous contrôle du sympathique. La longueur de cette période varie selon l'âge, en augmentant chez les hommes plus âgés.

1-3 Anomalies de l'acte sexuel [16]

Les troubles de l'acte sexuel sont regroupés en trois catégories :

- Les troubles de la libido
- Les troubles de l'érection
- Les troubles de l'éjaculation

Les troubles de l'éjaculation comprennent :

- a) L'éjaculation asthénique**
- b) L'éjaculation sans orgasme**
- c) L'éjaculation précoce**

2-L'ÉJACULATION PRÉCOCE

2-1 Définition

L'EP est une éjaculation survenant de manière répétée et persistante avant que le sujet ne le souhaite, lors de stimulations sexuelles minimales, avant, pendant ou après la pénétration. L'unanimité n'est pas faite sur la définition, cependant certains critères ont été retenus notamment un délai relativement court de l'éjaculation et l'insatisfaction d'une partenaire normalement orgasmique. [14]

2-2 Épidémiologie

En France l'épidémiologie de l'EP reste assez confuse. On peut voir se détacher cependant que cela toucherait un cinquième de la population, ce qui demeure en deçà du ressenti des demandes en consultation, qui se fondent davantage sur des épisodes occasionnels d'EP. Il est important de déceler, parmi toutes ces demandes, les gens qui en souffrent réellement.

Par ailleurs, les chiffres épidémiologiques montrent que lorsqu'on est éjaculateur précoce vrai, on le reste. D'ailleurs, l'acquisition du contrôle de l'éjaculation, s'il se fait, se fait classiquement avant 18 ans. [8] L'âge est donc un paramètre important pour parler d'EP persistante. Ainsi, aux États-Unis, chez les hommes de 18 à 59 ans ayant eu au moins un rapport sexuel dans les 12 mois précédents, 28,5% ont déclaré être affectés d'EP persistante. Pour la même

tranche d'âge en France et en Finlande les prévalences sont respectivement 11,4% et 20%.

L'insatisfaction sexuelle ou l'anorgasmie féminine est déterminante puisque les prévalences de l'EP persistante et de l'anorgasmie féminine persistante sont assez proches l'une de l'autre aux États-Unis (respectivement 28,5% et 24,1%) tout comme en France (11% et 10,5%). [10]

Les pathologies préexistantes (Diabète, Prostatite...) sont des facteurs de risque non négligeables ; la prévalence est beaucoup plus élevée dans les populations présentant ces pathologies. [5]

Au Mali nous ne disposons pas d'étude sur l'EP.

2-3 Étude clinique [1, 4]

2-3-1 L'interrogatoire

Celui-ci évalue :

-Le trouble éjaculatoire à travers son mode de début (brutal ou progressif), les circonstances de sa survenue avec une ou n'importe quelle partenaire.

-Libido : conservée ou émoussée

-Le contexte professionnel, conjugal, familial et socioculturel. On recherchera un événement déclenchant : Stress, deuil, relation extraconjugale, nouvelle partenaire ...

-La consommation de tabac, d'alcool, de drogues.

-Les antécédents : Diabète, maladie neurologique, traumatisme pelvien, chirurgie pelvienne, maladie urologique...

-L'existence d'autres troubles périnéaux : troubles vésico-sphinctériens (incontinence urinaire, dysurie) ou ano-rectaux, qui évoquent d'emblée une étiologie neurologique.

2-3-2 Examen clinique

Il est indispensable, mais son apport est souvent limité.

L'hypersensibilité sympathique peut être constatée cliniquement (palpitations, sudation, sècheresse de la bouche).

2-3-3 Examen endocrinologique

Étude de la pilosité, examen des seins avec recherche d'un éventuel écoulement mammaire.

2-3-4 Examen de la sphère urogénitale

Il est fondamental chez celui qui consulte un urologue.

- Examen des organes génitaux externes et notamment des testicules :
(Volume, consistance, de la verge, du prépuce et du gland)

2-3-5 Examen neurologique

L'examen périnéal étudie la motricité volontaire (testing).

a) La sensibilité périnéale

- coton + piquêre
- pallesthésie : diapason sur le sacrum

b) Les réflexes périnéaux = étude de l'arc réflexe : nerf honteux interne S2-S3-S4

- Réflexe bulbo-caverneux = pincement rapide du gland entraînant une contraction réflexe du sphincter et du muscle bulbo-caverneux
- Réflexes anaux nociceptifs : piquêre à 2cm de la marge anale avec contraction réflexe du sphincter anal.

2-3-6 Toucher rectal avec un examen de la prostate

Le tonus du sphincter anal s'apprécie lors du retrait du doigt intra rectal

À la fin de la première consultation, on s'orientera soit vers une cause psychogène où théoriquement aucun examen complémentaire ne sera nécessaire, soit vers une cause au moins partiellement organique qui pourra bénéficier d'exploration complémentaire.

2-4 Examens complémentaires

2-4-1 Biologie

- Glycémie
- Taux de prolactine plasmatique
- Taux de testostérone plasmatique
- Taux de LH plasmatique

2-4-2 Imagerie

- Échographie doppler pénienne

2-5 Étiologies de l'éjaculation précoce [5, 14, 16, 18]

L'EP est un cycle incomplet par absence de plateau due à une décharge sympathique.

On peut distinguer deux grands cadres :

- l'éjaculation précoce primitive qui est en réalité l'expression d'une inquiétude et d'un trouble de l'apprentissage sexuel
- l'éjaculation précoce secondaire, dérèglement d'une fonction sexuelle satisfaisante à l'occasion d'un conflit personnel ou plus souvent au sein du couple.

Dans le même ordre d'idée, on distingue éjaculation précoce « maladie » et éjaculation précoce « symptôme » :

2-5-1 Éjaculation précoce primitive :

On peut considérer qu'il y a EP « maladie » quand il s'agit d'un trouble structurel ayant toujours existé dans la vie sexuelle du sujet, qui se manifeste avec toutes les partenaires et en toutes circonstances et qui ne paraît pas en rapport avec une psychopathologie particulière, ni avec des problèmes relationnels socio-professionnels ou conjugaux. Le sujet a pu avoir ses premières expériences dans un contexte stressant qui l'a conditionné à se hâter, surtout si d'autres expériences aversives sont venues renforcer les premières. L'affection est relativement isolée dans le contexte du patient. C'est un peu comme dans les réflexes mictionnel ou défécatoire qui se déclenchent dans la petite enfance dès qu'une certaine pression est atteinte, et qui plus tard sont corrigés par l'éducation à la propreté ; celle-ci ne serait pas possible si l'enfant ne disposait pas du feed-back l'informant de la réplétion vésicale ou rectale. C'est précisément ce qui se passe dans l'éjaculation précoce où des expériences précoces ayant fait associer culpabilité et anxiété aux sensations d'excitation, celles-ci s'en trouvent inhibées ; dépourvu de ce signal d'alarme, le patient ne pourra apprendre à différer son réflexe éjaculatoire.

L'angoisse, dénominateur commun de toutes les dysfonctions sexuelles témoigne, bien entendu, de peurs diversifiées, parmi lesquelles il convient de souligner la peur liée à l'inexpérience, la plus fréquente dans l'EP primaire.

2-5-2 Éjaculation précoce secondaire :

L'EP n'est pas toujours une « simple » particularité, à corriger quand elle devient gênante ; elle est souvent un symptôme en rapport avec des facteurs intra-psychiques, relationnels et/ou environnementaux, intervenant à des degrés divers dans sa pathogenèse. Dans ce cas de figure, le symptôme joue un rôle dans l'économie psychique de l'individu, et il ne faudra surtout pas s'acharner à

le supprimer avant d'avoir identifié avec le patient d'autres moyens pour exprimer sa détresse.

L'évaluation nous permet d'identifier :

a) Des « causes » organiques exceptionnelles :

La plus commune est le spina-bifida : mais l'EP est associée à d'autres symptômes neurologiques qui la font passer au second plan.

Les séquelles inflammatoires vésico-urétéro-prostatiques agissant comme une épine irritative, et pour lesquelles un traitement pharmacologique est indiqué.

Certaines causes locales, comme un frein court, sont discutables.

b) des facteurs psycho dynamiques individuels, plus fréquents : qu'il s'agisse d'anxiété de castration, de culpabilité vis-à-vis de l'inceste... Les éléments intrapsychiques rencontrés résultent généralement d'une problématique oedipienne ayant engendré des sentiments d'hostilité envers la femme.

c) des facteurs relationnels conjugaux également fréquents : ils sont essentiellement représentés par des conflits de pouvoir au sein du couple, où le patient est parfois tellement écrasé que le symptôme sexuel est la seule protestation qu'il puisse laisser échapper.

d) Les facteurs environnementaux : ils jouent bien sûr souvent un rôle dans la déstabilisation éjaculatoire d'un sujet prédisposé, qu'il s'agisse de stress socio-professionnels, d'inconfort d'habitat ou de promiscuité familiale.

L'univers socio-culturel dans lequel évolue le couple doit être pris en compte afin d'évaluer la signification et l'importance pour le couple de l'EP. Actuellement, la nécessité pour l'homme de procurer, à chaque coût, l'orgasme chez sa partenaire, peut aboutir à créer une angoisse de performance. Cette angoisse de performance a encore augmenté avec la flambée du féminisme revendicateur.

Ces facteurs de risque peuvent être scindés en deux groupes :

- Facteurs psychologiques

*Inexpérience sexuelle

*Rapports sexuels trop rares

*Problèmes conjugaux

*Peur/Anxiété (grossesse, maladie sexuellement transmissible, angoisse de performance)

*Mauvais apprentissage du rapport sexuel

- Facteurs organiques

*État de santé précaire

*Dysfonction érectile (DE)

*Prostatite/ Inflammation de l'urètre

*Diabète

*L'abus de drogues comme les amphétamines, certains hallucinogènes, la cocaïne, le nitrite d'amyle, voire la nicotine, dont l'utilisateur perçoit les effets bénéfiques sur sa libido.

2-6 Complications [7, 9, 11, 14]

2-6-1 Poids émotionnel de l'EP

L'éjaculateur précoce se sent dévalorisé au plan de sa virilité ; il développe un sentiment de culpabilité qui le place en état d'infériorité.

L'anxiété qu'il présente est une cause ou une conséquence.

L'évolution de l'EP se fait fréquemment vers une dépression, une baisse de la libido et la survenue d'une dysfonction érectile secondaire.

2-6-2 Impact de l'EP sur la relation du couple

a) la sexualité du couple

Le manque continu de commande éjaculatoire peut mener à l'insatisfaction sexuelle de l'un ou l'autre ou des deux membres du couple. Cela peut devenir une source de tension matrimoniale, rapports interpersonnels altérés, et séparation ou divorce certain.

b) la fertilité du couple

L'éjaculation précoce qui a lieu avant que le pénis de l'homme n'entre dans le vagin de la femme (éjaculation ante portas) interférera la conception, si le couple projette une grossesse.

-la qualité de vie du couple

Le conflit conjugal peut être la cause ou la conséquence de l'éjaculation précoce.

2-7 Traitements [2, 14, 15]

Selon le filtre à travers lequel l'éjaculateur précoce perçoit sa dysfonction, on pourra agir sur le corps ou sur les cognitions, ou sur l'inconscient, ou sur la relation, en laissant le choix au patient après lui avoir expliqué le concept qui sous-tend les différentes approches proposées. Le patient ne doit pas être réduit à un organe délivrant du sperme dans un délai donné, mais être considéré

comme un individu ayant une histoire personnelle et familiale, placé dans un écosystème relationnel et social.

2-7-1 Traitements de l'EP primitive

Trouble structurel, l'affection est relativement isolée dans le contexte du patient. Dans ce cas il sera logique de s'attaquer directement au trouble et à ses composantes immédiates sensorielles et temporelles par des thérapies à visée comportementale.

a) Les thérapies comportementales

- La Squeeze technique ou technique de compression de Master et Johnson :

Elle permet de remplacer le réflexe conditionné par un autre, grâce à des exercices de compression du gland au moment de l'éminence éjaculatoire, exécutés par la partenaire selon un plan progressif. Elle est précédée d'une phase préparatoire non spécifique dite de SENSATE FOCUS (focalisation sensorielle) où le sujet a pour consigne de mieux apprendre à ressentir son plaisir génital, faute de quoi il ne saura pas donner un signal adéquat durant la squeeze technique.

La phase de SENSATE FOCUS et le SQUEEZE (compression du gland) constituent le programme sexothérapeutique de Master et Johnson qui comprend :

*L'interdiction des rapports sexuels. La cessation des rapports sexuels permet de diminuer l'angoisse de performance, la nécessité d'avoir une érection à tout prix ou de maintenir cette érection.

*La prescription de comportements positifs. Ces exercices ont pour but de diminuer l'angoisse du sujet et sont modulés en fonction de la dite anxiété. On demande au couple de réserver $\frac{3}{4}$ d'heure, à des horaires définis, 3 fois par semaine, pour procéder à ces exercices :

- Sensate focus I : massage à l'aide d'une crème ou d'un lait de toilette. Le massé est couché le plus souvent sur le ventre, se laisse masser, se concentre sur ses propres sensations physiques de façon égoïste, donne au masseur des indications verbales sur ses préférences. Le massage doit engendrer dans une première étape des sensations plaisantes, mais non érotiques.

- Sensate focus II : les zones génitales sont permises, mais tout d'abord en tant que « zone cutanée comme une autre ». On autorise l'érotisation des caresses lorsque l'angoisse de performance et l'attitude de spectateur ont régressé, que l'atmosphère des rapprochements sexuels s'est améliorée.

- « Teasing technique » : le sensate focus permet en règle générale d'établir une érection. « la teasing technique » consiste en une masturbation par soi-

même ou sa partenaire, que l'on stoppe lorsque la pleine érection est atteinte, puis que l'on reprend lorsque le pénis est redevenu flaccide. Ce jeu sexuel sans exigence de performance a pour but de déconditionner le sujet de sa peur de perdre son érection

- « Pénétration désintéressée » : Intromission en érection ou avec pénis flaccide, durant un temps court, puis retrait et reprise des caresses. On réitère la manœuvre plusieurs fois sans s'occuper de l'importance ou de la présence de l'érection. On allonge le temps d'intromission au fur et à mesure des progrès. Ce temps de « pénétration désintéressée » est fondamental pour rompre la cognition selon laquelle l'érection doit être parfaite au moment de la pénétration et aboutir obligatoirement à un orgasme.

- Rapports sexuels en position particulière : position latérale ou avec la femme en position supérieure. De telle sorte que l'homme puisse centrer totalement sur les sensations d'ordre sexuel sans se préoccuper de sa partenaire.

- La technique du STOP-START de Semans ou méthode de la pause de Kaplan :

Elle procède des mêmes principes : faire mieux sentir au sujet les sensations pré-éjaculatoires et l'habituer à supporter le plaisir en différant sa satisfaction. C'est une technique mise au point par Semans (1956) encore appelée méthode de « l'arrêt-repartir » où l'on enseigne à l'homme de percevoir les prémices de l'éjaculation et de stopper ses mouvements (et de même la femme) ce qui permet de gagner du temps et progressivement de récupérer un contrôle sur le réflexe éjaculatoire. Par la suite, on utilise la position supérieure de la femme pour les premiers rapports sexuels puis la position classique.

b) Les thérapies à médiation corporelle (somatothérapie)

Dans ce domaine ce qui nous semble le plus opératoire ce sont : la relaxation et les massages.

- La relaxation :

Un des meilleurs traitements de l'anxiété c'est la relaxation. Or l'anxiété est quasi constante dans l'éjaculation précoce, d'où l'indication très large de la relaxation dans ce domaine.

Les éjaculateurs précoces sont des gens très actifs, toujours sur la détente, avec une fuite éperdue dans une hyper occupation incessante. De ce fait une relaxation exclusivement « classique » type training autogène de Schultz où il s'agit d'être le plus passif et le plus inactif possible sera le plus souvent insupportable pour de tels patients. La méthode de Jacobson qui consiste dans un premier temps à contracter ses muscles pour ensuite mieux se détendre nous

paraît plus adaptée à la psychologie des éjaculateurs précoces ; c'est d'ailleurs la méthode la plus employée aux États-Unis, les Américains étant des gens très actifs. Les séances peuvent intégrer des successions de contractions puis de détente des différents groupes musculaires, ainsi que les exercices élaborés par Schultz à savoir l'apprentissage progressif du calme, de la décontraction musculaire, de la sensation de lourdeur et de chaleur, du contrôle respiratoire puis cardiaque. A tous ces éléments non spécifiques, il est bon d'associer des inductions à visée purement sexologique. Dans cette optique on peut suggérer que l'état de relaxation a lieu en présence de la partenaire préférée, qui sera allongée immobile sur lui, c'est ce que l'on appelle le « banding ». Comme exercices à visée sexologique on peut au cours de la relaxation prescrire une série de contractions des muscles de la région anale, ainsi que ceux qui empêchent la miction. Ces contractions seront à effectuer une dizaine de fois par jour entre les séances et visent à fortifier le muscle pubococcygien. Dans la même optique, le relaxateur peut suggérer les exercices de Kegel, à savoir, la prescription lors de la miction d'interruption de quelques secondes à une minute. Grâce à ces exercices, le patient pourra davantage différer son éjaculation.

- Les massages :

Ils visent à la relaxation, au développement de la sensorialité et de la communication. La réciprocité des rôles masseur-massé est de règle, ils sont très différents des massages type kinésithérapie.

c) La méthode de l'entraînement musculaire du périnée

Il s'agit d'une rééducation des muscles génitaux avec l'aide d'un appareil de stimulation électrique et d'enregistrement et de visualisation des contractions (appareil de Bio Feed Back). Selon Zwang G. et Romieu A. (1989) ce traitement par sa simplicité d'exécution et la fiabilité de sa traduction objective doit être proposé comme première intervention thérapeutique. Il faudrait y associer de façon systématique et de manière simultanée ou successive les techniques classiques de rééducation comportementale.

C'est un des rares modes de traitement, avec la pharmacothérapie, à pouvoir être proposé aux éjaculateurs précoces sans partenaire.

d) Les traitements pharmacologiques

La pharmacothérapie est le traitement le plus simple à mettre en place.

Elle conserve une place de choix dans les circonstances suivantes :

-patient isolé sans partenaire fixe

-sujet refusant d'impliquer l'épouse, ou refus de celle-ci

-couples rebutés par la technique de compression ou incapables à l'appliquer

-sujets anéjaculateurs par masturbation, ne pouvant donc rentrer dans un programme de SQUEEZE.

-patient dépressif par sa dysfonction, nécessitant à la fois un traitement antidépresseur et une confrontation rapide avec sa possibilité de fonctionner autrement.

Dans beaucoup d'autres cas, le traitement médicamenteux peut trouver une indication en appui d'une thérapie plus globale, conjugale par exemple, préservant la relation dans l'attente d'un moment plus favorable à une thérapie comportementale.

*** Les antidépresseurs**

De nombreuses publications avec étude en double aveugle contre placebo font état de l'efficacité de la Clomipramine (Anafranil*) dans l'EP : Eaton H. (1973), Goodman R.E (1980), Porto R. (1981), Girgis S. M. et Coll. (1982).

Les derniers antidépresseurs apparus sur le marché, la fluvoxamine (Floxyfral*) et la fluoxétine (Prozac*), de par leur propriété sérotoninergique, devraient être efficaces sur l'EP et semblent effectivement donner de bons résultats. Ces antidépresseurs sont mieux tolérés que les tricycliques, pour des résultats comparables, voire meilleurs, des études sont en cours. De ce fait, ce sont les médicaments à prescrire en priorité sans oublier leurs limites.

*** Les neuroleptiques**

Par leur effet antidopaminergique, ils peuvent retarder l'éjaculation ; le produit qui agit le plus nettement sur ce trouble est la thioridazine (Melleril*), mais ses effets sédatifs gênants ont empêché son emploi à une large échelle dans cette indication. La plupart des publications ont souligné les dysfonctions sexuelles entraînées par ces médicaments à savoir : la baisse de la libido, la diminution des orgasmes, l'anorgasmie, les orgasmes douloureux, l'impuissance, le priapisme, l'éjaculation retardée et l'éjaculation rétrograde. Il est important de savoir que les effets secondaires des neuroleptiques au niveau sexuel ne sont pas toujours défavorables.

*** Les alpha-bloquants**

Théoriquement efficaces sur l'EP, ils se sont avérés produire des résultats limités (nicergoline, Sermion*) ou pour certains produits (phénoxibenzamine) des effets secondaires dangereux. Les auteurs reconnaissent le caractère limité des résultats et ne conseillent ce traitement qu'en deuxième intention lorsqu'une thérapie comportementale est impossible faute de partenaire.

* **Les injections intracaverneuses de drogues vaso-actives**

- Brindley G.S. (1983) : préconise des injections intra-caverneuses de Phénoxybenzamine (alpha-bloquants). Selon lui cela amène des améliorations dans les cas d'impuissance chronique, d'anorgasmie masculine, et d'éjaculation précoce résistant à tous les autres protocoles thérapeutiques.

- Tordjman G., (1990) a mis en évidence les vertus thérapeutiques des prostaglandines E1 (PG E1), l'association de PG E1 (10 microgrammes) et de papavérine (15 mg) assurent 80% de bons résultats. Ce protocole permet une érection de plusieurs heures ; l'emploi associé d'anesthésiques locaux limite les douleurs. Les auteurs soulignent la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique simultanée. Les indications de cette association sont l'impuissance et l'éjaculation précoce.

- Un protocole plus ancien : l'association de papavérine (40 mg) et de régitine (0,5 mg) peut permettre l'obtention d'érection prolongée, d'où son intérêt en matière de dysfonctions érectiles et d'éjaculation précoce.

Il s'agit d'une démarche qui n'est pas très étiopathogénique, masquant une éjaculation parfois toujours précoce par une érection persistante.

Cependant, il semble bien qu'il s'agisse là d'une prise en charge incontestablement efficace, mais il nous faut reconnaître son caractère quelque peu invasif, de ce fait il est à réserver aux patients très motivés et/ou ceux chez qui les autres traitements ont échoué.

* **Les crèmes anesthésiques**

L'efficacité des crèmes anesthésiques a été prouvée par plusieurs études. Parmi elles nous citerons celle de Tuncel et coll. qui compare l'efficacité du sildenafil, de l'association sildenafil + crème anesthésique (EMLA) et de la crème anesthésique seule chez 84 hommes souffrant d'EP. Au terme de cette étude les auteurs concluent à une efficacité similaire de l'association sildenafil + crème anesthésique et crème anesthésique seule.

* **Les préservatifs**

Les préservatifs peuvent jouer un rôle bénéfique et retarder l'éjaculation par le biais de l'émoussement des sensations qu'ils provoquent.

e) **La chirurgie**

C'est le dernier né des traitements de l'EP. La neurectomie partielle du nerf dorsal du pénis a été proposée chez des éjaculateurs précoces qualifiés d'organiques sur la base d'une altération du réflexe bulbo-caverneux à

l'électromyogramme. Jusqu'à nos jours, l'efficacité de ce traitement n'a pas été démontrée.

2-7-2 Traitements de l'EP secondaire

a) Anti-inflammatoires et Antibiotiques

Les séquelles inflammatoires vésico-uréthro-prostatiques seront traitées par administration d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques

b) Les psychothérapies

Elles s'adressent aux racines psychiques du symptôme. Or il est clair que le psychisme joue en matière de sexualité un rôle fondamental, en témoigne le mot du physiologiste Cushing : « Le seul organe sexuel de l'homme c'est le cerveau ! »

- La psychanalyse et les thérapies d'inspiration analytique

La cure analytique classique semble à réserver aux patients très névrotiques, chez lesquels un véritable remaniement de l'économie psychique est à obtenir. Ce sont des patients dont le trouble provient d'une problématique oedipienne ayant engendré des sentiments d'hostilité envers la femme et qui expriment le besoin de verbaliser.

- Les psychothérapies de soutien

*** Les thérapies de couples**

Chez les patients ayant des problèmes conjugaux, nous privilégions une prise en charge associant une thérapie assertive du patient et une thérapie conjugale visant à améliorer la communication et surtout à rééquilibrer les rôles et la dynamique du pouvoir dans le couple. En effet le but de la thérapie de couple est de permettre à chacun d'apprendre à exprimer ses désaccords, les points de vue différents, sans « coup bas », sans blesser le conjoint. Il s'agit aussi de venir des conflits anciens, des vieilles rancunes qui empoisonnent l'atmosphère. Les techniques employées sont la restructuration cognitive centrée sur les attentes irréalistes de l'un et de l'autre, ainsi que l'entraînement aux habiletés sociales, où l'accent est sur la communication dans le couple et où, par le jeu des rôles, le couple apprend à exprimer et régler ses différends.

*** L'entraînement aux habiletés sociales**

L'entraînement aux habiletés sociales sera utilisé lorsque le sujet présente des carences dans ses relations interpersonnelles avec l'autre sexe, qui déborde le champ des relations sexuelles. On utilise le jeu des rôles en groupe ou en

individuel ainsi que la prescription des tâches d'affirmation de soi entre chaque séance.

Par ailleurs les éjaculateurs précoces lorsqu'ils viennent consulter, sont souvent des êtres blessés voire fracturés, ils présentent pour la plupart une faillite narcissique. De ce fait, la relation avec le thérapeute doit d'emblée avoir une dimension réparatrice et d'empathie.

II-MÉTHODOLOGIE

1-CADRE D'ÉTUDE :

L'étude a été réalisée dans le service d'urologie au CHU du Point G. Le service est situé dans la partie Ouest du CHU, dirigé par un professeur titulaire (Pr. K. Ouattara) assisté d'un maître assistant et de deux urologues praticiens hospitaliers ; quatre infirmiers d'état, deux infirmiers du premier cycle, une aide soignante, quatre garçons de salle. Vingt-deux étudiants en année de thèse étaient présents lors de l'élaboration de ce travail pour un service de 36 lits d'hospitalisation et une salle de consultation.

2-TYPE D'ÉTUDE

Le travail réalisé dans le cadre ci-dessus défini est une étude prospective et transversale sur une période de 7 mois (de Janvier 2007 à Juillet 2007).

3-CRITÈRES D'INCLUSION

Ont été recrutés, tous les patients ayant consulté dans le service pour éjaculation précoce.

4-CRITÈRES DE NON-INCLUSION

N'ont pas été retenus :

- Tous les patients sans trouble de l'éjaculation
- Tous les patients présentant des troubles de l'érection

5-L'ENQUÊTE

5-1 Fiche d'enquête :

La fiche d'enquête comportait 3 pages avec 33 variables et était composée :

- d'une partie administrative,
- une partie de données cliniques,
- une partie examens complémentaires,
- une partie traitement et suivi.

5-2 Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à partir des dossiers élaborés lors des consultations. Les comptes rendus des résultats du bilan standard et spécifique ont été exploités. Ce bilan comprenait:

- Glycémie,
- Taux de LH plasmatique,
- Taux de testostérone plasmatique
- Taux de prolactine plasmatique,
- Échographie doppler pénienne sans injection de produit intra caverneux.

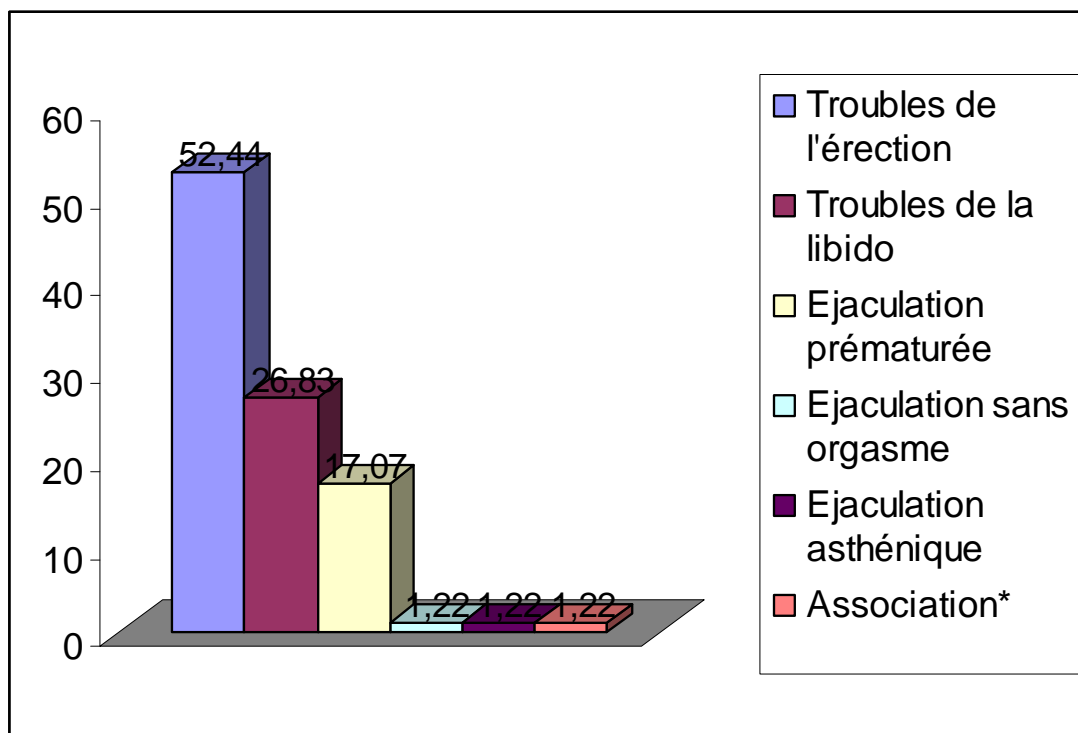
5-3 Saisie des données et analyse

Elles ont été effectuées respectivement à l'aide du logiciel Microsoft Word 2003 et SPSS 10.0.

III-RÉSULTATS

1- FRÉQUENCE DE L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE

Lors de la période d'étude, 84 patients ont consulté pour troubles sexuels. Nous avons retenu 14 patients conformément à nos critères d'inclusion.



* Deux troubles sexuels associés

Graphique I: Fréquence de l'EP en consultation par rapport aux autres troubles sexuels

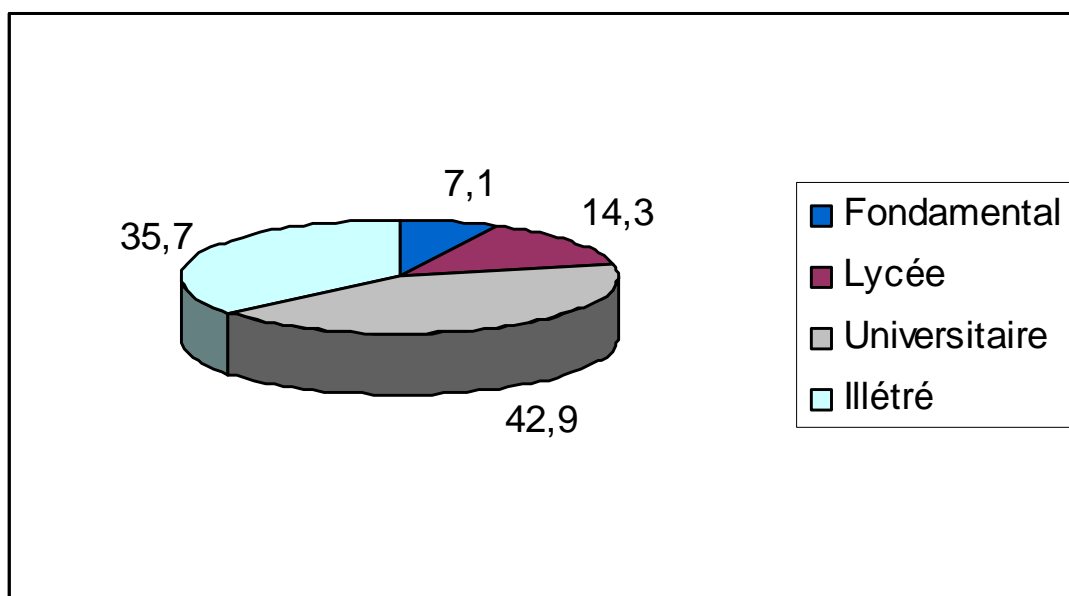
2-DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

2-1 Provenance des patients

Tous les patients retenus au cours de notre enquête avaient une provenance urbaine.

2-2 Niveau d'étude des patients

Au cours de notre étude une forte proportion de notre effectif était scolarisée. (Graphique II).



Graphique II : Répartition des patients selon le niveau d'étude

2-3 Âge des patients

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

Classes d'âge	Fréquence	Pourcentage
[19 - 29]	2	14,4
[30 - 40]	7	50,0
[41 - 51]	3	21,4
[52 - 62]	1	7,1
[74 - 84]	1	7,1
Total	14	100,0

3- DONNÉES CLINIQUES ET PARACLINIQUES

3-1 Données cliniques

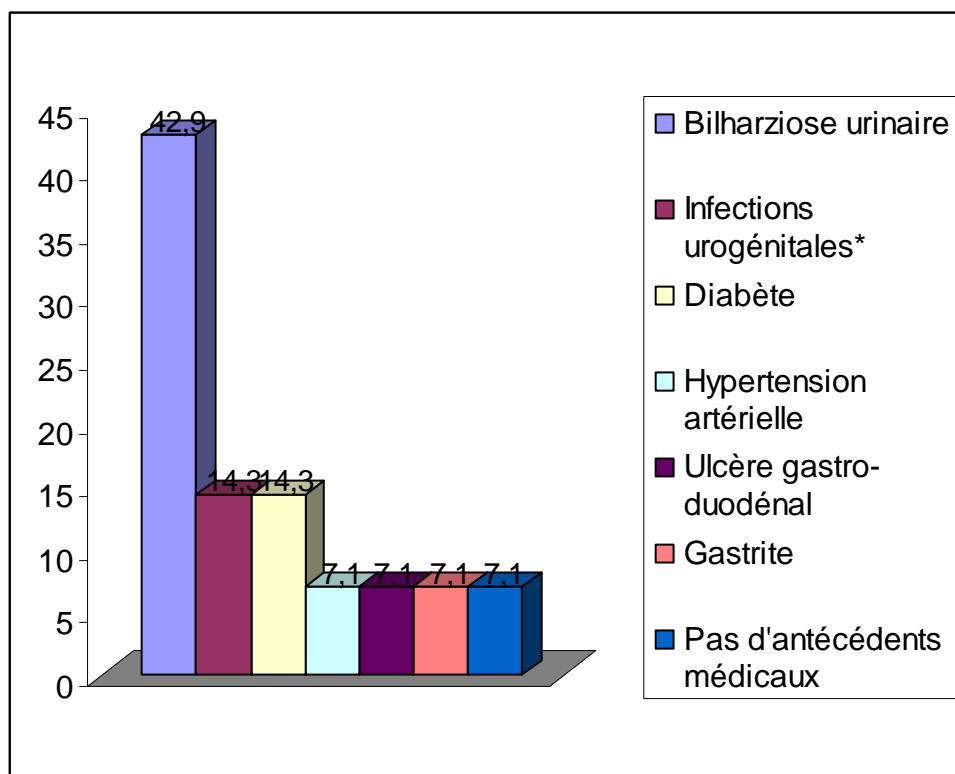
3-1-1 Âge du premier rapport sexuel

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge du premier rapport sexuel

Age du 1er rapport sexuel	Fréquence	Pourcentage
À partir de 14 ans	3	21,4
15 à 19 ans	1	7,1
20 à 24 ans	9	64,3
25 à 29 ans	1	7,1
Total	14	100,0

3-1-2 Antécédents médicaux

Les antécédents médicaux prédominants étaient les infections urogénitales (graphique III).



* non bilharzienne

Graphique III : Répartition des patients en fonction des ATCD médicaux

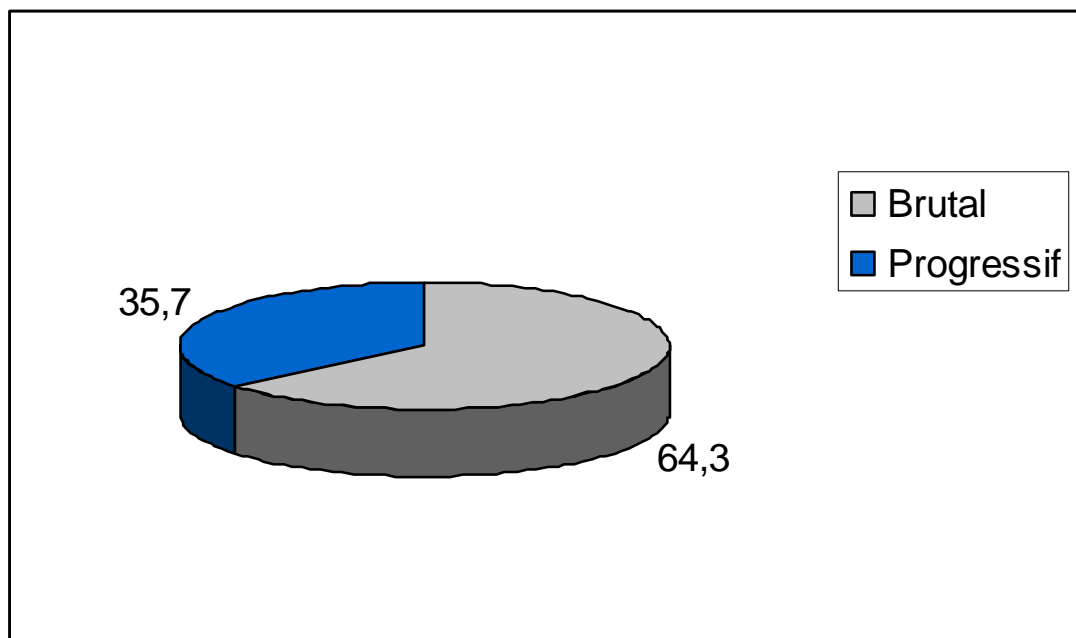
3-1-3 Facteurs déclenchants de l'éjaculation précoce

Tableau III : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants de l'EP

Facteurs déclenchants	Fréquence	Pourcentage
Asthénie physique	7	50,0
Dysfonction conjugale	3	21,4
Autres	4	28,6
Total	14	100,0

3-1-4 Mode d'installation de l'éjaculation précoce

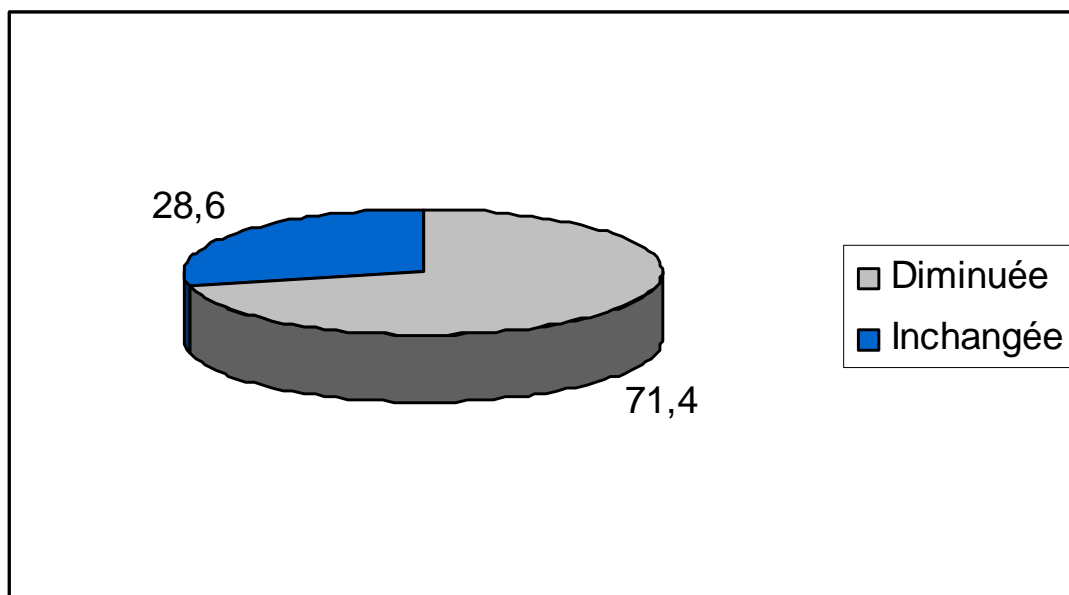
Le mode d'installation brutal prédominait au cours de notre étude (Graphique IV).



Graphique IV : Répartition des patients selon le mode d'installation de l'EP

3-1-5 Libido

Une baisse de la libido a été observée chez la plupart des patients (Graphique V)



Graphique V : Répartition des patients selon l'état de la libido

3-1-6 Masturbation

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la pratique ou non de la masturbation

Notion de masturbation	Fréquence	Pourcentage
Masturbation	3	21,4
Pas de masturbation	6	42,9
Non précisé	5	35,7
Total	14	100,0

3-1-7 Angoisse/Anxiété de performance

Tous les patients enregistrés ont déclaré avoir une angoisse ou une anxiété de performance.

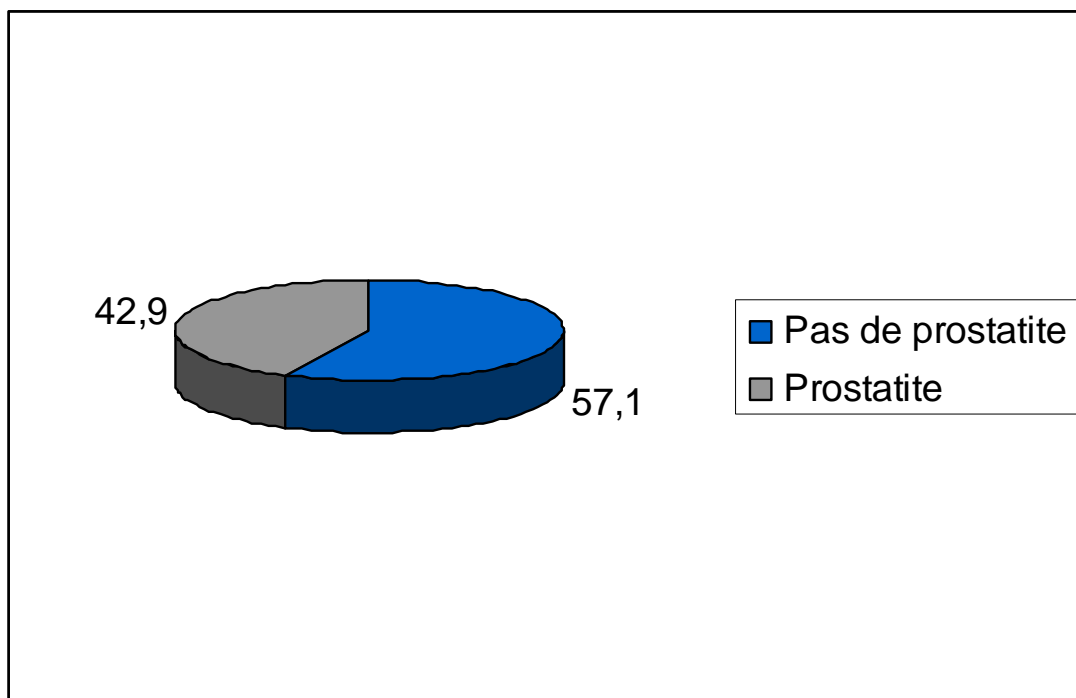
3-1-8 Niveau de satisfaction de la partenaire

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau de satisfaction de la partenaire

Niveau de satisfaction de la partenaire	Fréquence	Pourcentage
Peu satisfaite	1	7,1
Insatisfaite	9	64,3
Non précisé	4	28,6
Total	14	100,0

3-1-9 Toucher rectal

L'examen de la prostate a révélé une prostatite chez moins de la moitié de l'effectif (Graphique VI).



Graphique VI : Répartition des patients selon la présence ou non d'une prostatite au toucher rectal

3-1-10 Consommation Tabac/Drogues illégales

Tableau VI : Répartition des patients selon la consommation de Tabac/Drogues illégales

Consommation Tabac/Drogues illégales	Fréquence	Pourcentage
Tabac	4	28,6
Aucune drogue	10	71,4
Total	14	100,0

3-2 Données para cliniques

3-2-1 Imagerie

a) Écho doppler pénienne

Tableau VII : Répartition des patients selon le résultat de l'écho doppler pénienne

Écho doppler pénienne	Fréquence	Pourcentage
Normale	12	85,7
Varicocèle	2	14,3
Total	14	100,0

3-2-2 Biologie

a) Glycémie

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du résultat de la glycémie

Glycémie	Fréquence	Pourcentage
Normale	12	85,7
Augmentée	2	14,3
Total	14	100,0

4- TRAITEMENT ET ÉVOLUTION

4-1 Traitement

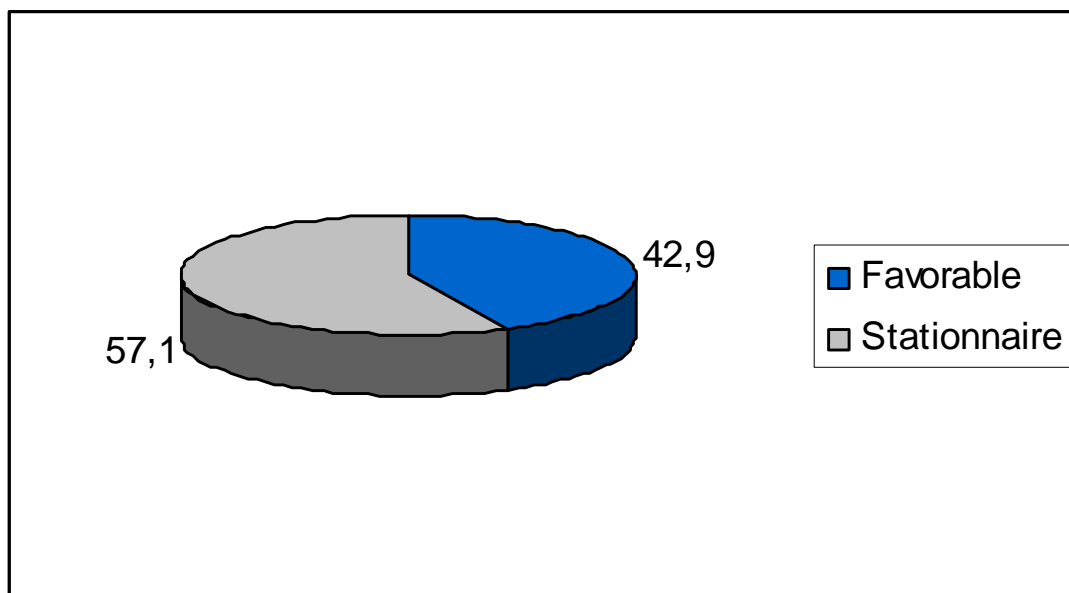
Les traitements reçus par les patients, étaient soit un soutien psychologique et des exercices pour l'entraînement des muscles du périnée, soit des médicaments. Les thérapies médicamenteuses ont prédominé au cours de notre période d'étude (tableau IX).

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du traitement reçu

Traitements	Fréquence	Pourcentage
Crème anesthésique+Complexe vitaminique+Anti-asthénique	1	7,1
Aucun médicament	4	28,8
Traitement hormonal+Complexe vitaminique+Anti-asthénique	1	7,1
Antibiotique+Anti- inflammatoire+Anti-asthénique	1	7,1
Crème anesthésique	1	7,1
Anti-asthénique	2	14,3
Antibiotique+Anti- inflammatoire	2	14,3
Antibiotique+Anti- inflammatoire+Complexe vitaminique	1	7,1
Crème anesthésique+Anti- asthénique	1	7,1
Total	14	100,0

4-2 Évolution

L'évolution de l'état des malades était favorable chez moins de la moitié de l'effectif (Graphique VII).



Graphique VII : Répartition des patients en fonction de l'évolution après traitement

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- FRÉQUENCE DE L'ÉJACULATION PRÉCOCE

L'éjaculation précoce a représenté 17,07% des cas de troubles sexuels recensés pendant notre période d'étude, tandis que la dysfonction érectile a représenté 52,4% des cas. Ces fréquences sont différentes de celles retrouvées par l'enquête « analyse des comportements sexuels en France » (ACSF) [10] qui étaient de 65% pour l'EP et 47% pour la DE. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en général, la dysfonction érectile est particulièrement redoutée par les hommes et constitue donc le motif de consultation prédominant chez les patients souffrant de troubles sexuels. Le manque de moyens financiers favorise les consultations pour les maladies qui causent le plus de craintes, au détriment d'autres pathologies « considérées comme bénignes ».

2- DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Niveau d'étude des patients

Le niveau d'étude universitaire était prédominant au cours de notre enquête soit 42,9% des cas. Cette notion de niveau d'étude est également retrouvée par TORDJMAN G. [16] qui souligne l'intérêt érotique porté au plaisir de la femme et la sociabilité entre les sexes moins crispée chez ces personnes intellectuelles.

Âge des patients

La classe d'âge [30 – 40 ans] était la plus représentée, soit 50% de notre effectif. Ce résultat diffère de celui de l'enquête ACSF [10] où la tranche d'âge [18 – 24 ans] était prédominante avec une fréquence de 41%. Cela pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon (14 cas contre 1308 cas pour l'enquête ACSF), et le fait que dans nos contrées les 30 – 40 ans ont une plus grande facilité d'accès aux soins médicaux que les 18 – 24 ans du fait de leur autonomie financière.

3- DONNÉES CLINIQUES ET PARA CLINIQUES

Données cliniques

Âge du premier rapport sexuel

Plus de la moitié de nos patients ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel entre 20 et 24 ans, soit 64,3% des cas. Ce résultat concorde avec celui de JARDIN A. [8] qui trouve au cours de son étude une forte incidence de l'EP chez les individus ayant eu leurs premières expériences sexuelles après 18 ans.

Libido

La libido était diminuée chez 71,4% de nos patients. Cette fréquence est supérieure à celle retrouvée au cours de l'enquête ACSF [10] qui était de 43% des cas dans un échantillon de 1308 hommes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la libido baisse avec l'âge et la classe d'âge prédominante de notre échantillon était [30- 40 ans] tandis qu'elle était de [18-24 ans] pour l'enquête ACSF.

Masturbation

Seulement 21,4% de nos patients ont déclaré s'être masturbé lorsqu'ils étaient plus jeunes. Cette pratique est retrouvée par TORDJMAN G. [16] au cours de son étude qui cite l'habitude de masturbations clandestines parmi les circonstances favorisant souvent retrouvées dans les antécédents de l'éjaculateur précoce.

Anxiété/Angosse de performance

Les patients retenus au cours de notre enquête ont tous déclaré avoir une angoisse ou une anxiété de performance. Ce résultat concorde avec ceux de LAUMANN E.O. et coll. [13] qui retrouvent aux États-Unis une forte corrélation entre l'anxiété de performance et l'EP.

Niveau de satisfaction de la partenaire

Plus de la moitié de nos patients avaient une partenaire insatisfaite, soit 64,3% des cas. Cette anorgasmie est également retrouvée par KINSEY et coll. [21] aux États-Unis et par BEJIN A. [10] qui soulignent que les prévalences de l'EP persistante et celle de l'anorgasmie féminine sont assez proches l'une de l'autre.

Toucher rectal

Au cours de notre enquête, une prostatite a été retrouvée chez 42,9 % de nos patients. Cette fréquence se rapproche de celle obtenue par SCREPONI E. et coll. [9] en Italie qui notent une prostatite chronique chez 47,8% des cas dans un échantillon de 46 éjaculateurs précoces.

Données para cliniques

Imagerie

À l'écho doppler pénienne sans injection de produit de contraste une varicocèle a été retrouvée chez 14,3% des cas. La varicocèle considérée comme facteur favorisant de l'EP est également retrouvée par AMER et coll. [17] qui soulignent dans leur étude que toutes les causes organiques susceptibles de provoquer une DE sont susceptibles d'enclencher à la longue une EP.

Biologie

Une hyperglycémie a été retrouvée chez 14,3% de nos patients. Cette hyperglycémie est aussi retrouvée par MONTORSI F. [5] qui note au cours de son étude une forte corrélation entre le Diabète et l'EP.

4- TRAITEMENT ET ÉVOLUTION

Traitement

L'association « Antibiotique + Anti-inflammatoire » et « un anti-asthénique seul » étaient les deux traitements les plus utilisés avec une fréquence de 14,3% des cas chacun. Ceci pourrait s'expliquer par les fréquences relativement importantes de la prostatite (42,9% des cas) et de l'asthénie physique (50% des cas) chez nos patients.

Évolution

Une évolution favorable a été observée chez près de la moitié de nos patients, soit 42,9% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par la fréquence de la prostatite décelée au toucher rectal qui était similaire soit 42,9% de notre effectif ; les antibiotiques ayant probablement été efficaces.

V- CONCLUSION

Ce travail montre que dans le service d'Urologie au CHU du Point G, l'EP représente 17,07% des cas de troubles sexuels reçus en consultation. L'anxiété et /ou une angoisse de performance ont été retrouvées chez tous nos patients. Nous avons noté une baisse de la libido chez 71,4 % de notre effectif. L'anorgasmie des partenaires sexuelles a été retrouvée chez 63,4% des cas. Le Diabète et la varicocèle étaient les associations morbides retrouvées lors de notre enquête avec la même fréquence soit 14,3% des cas. L'évolution après traitement était favorable chez 42,9% des cas.

VI- RECOMMANDATIONS

➤ Aux populations :

- Une consultation rapide pour éviter une chronicisation de l'EP
- Proscrire la pratique de l'automédication
- Respecter les consignes du médecin traitant afin de minimiser les risques d'échec thérapeutique.

➤ Au personnel médical :

- Informer les patients sur l'intérêt d'une consultation en couple
- Utiliser un schéma classique pour le diagnostic des troubles sexuels

➤ Aux autorités administratives :

- Renforcer les ressources humaines par la formation de spécialistes en Urologie, en Andrologie et en Sexologie.
- Équiper les laboratoires d'analyses des structures hospitalières
- Réduire le coût des examens complémentaires

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 – **VIGHETTO A.** Conduite de l'examen neurologique standard
Neurologie, Lyon, Université de Lyon 1, 2007; 13 p.
- 2 - **BOGGS W, TUNCEL A.** EMLA cream effective for premature ejaculation
New York, Reuters Health Information, 2006; 67: 388-91.
- 3- **DELAVIÈRE D.** Définition et épidémiologie des troubles de l'éjaculation,
Andrologie, Médecine, Paris, 2005 ; 15 N°3 : 306-11.
- 4- **KANTE A.** Prise en charge de la dysfonction érectile dans le Service
d'Urologie de l'Hôpital du Point G, Thèse de Médecine, Bamako, 2005; N°928,
178 p.
- 5- **Montorsi F.** Etiologies and Commorbidities of Premature Ejaculation
Prevalence of premature ejaculation: A global and Regional Perspective, San
Francisco, Ortho Urology, 2006; 40 p.
- 6- **SIBERNAGL S, DESPOPOULOS A.** Réflexes sexuels, Copulation,
Fécondation; Atlas de poche de physiologie 3e édition française, Paris,
Médecine – Science Flammarion, 2004; p309.
- 7- **DE BOIGISSON P.** Comment interroger un homme se plaignant
d'éjaculation précoce? Progrès en Urologie, Paris, 2001; 11: p38-39.

- 8- **JARDIN A.** Épidémiologie des troubles de l'éjaculation, Forum du Comité d'Andrologie, communication au 95^e Congrès Français d'Urologie, Paris, 2001.
- 9- **SCREPONI E, CAROSA E.** Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation, Urology Medscape Newsletters, 2001, 58(2):198-202.
- 10- **BEJIN A.** Épidémiologie de l'éjaculation prématurée et de son cumul avec la dysfonction érectile, Andrologie, 1999 ; 9(2):211-25.
- 11- **LUE, TOM F, GOLDSTEIN F.** "Impuissance et Infertilité" Atlas de l'Urologie clinique, New York, Medecine courante, 1999; 1 : 300p
- 12- **MARIEB E. N.** Le système génital de l'homme, Anatomie et Physiologie Humaine traduction de la 4e édition américaine, Quebec, DeBoek Université, 1998; 28: 1039-1044.
- 13- **LAUMANN E. O, GAGNON J. H.** The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States, Chicago, The University of Chicago Press, 1994; XXXII-718 p.
- 14- **PORTO R.** Prise en charge actuelle de l'éjaculation prématurée, Andrologie, Lille, 1992; 2: 84-87.
- 15- **BOUTOT B.** Éjaculation prématurée: les différents traitements et leur évaluation. Revue de la littérature, Cahier de sexologie clinique, 1991; 17- N° 104:43-50.

16- **TORDJMAN G.** L'éjaculation précoce, *Andrologie, Verge – Sexualité – Masculinité*, Paris, Maloine, 1991; 143:2101-2115.

17- **AMER M, ECONOMOU C.** Troubles éjaculatoires chez l'impuissant: Fréquence et signification (à propos de 80 cas), *Communication 86 au 5e Forum International d'Andrologie*, Paris, 1987.

18- **DEBRE B.** Éjaculation précoce, *Traité d'Urologie Tome 1*, Toulouse, Éditions médicales Pierre Fabre, 1987; 121p.

19- **COUVENAL L.** Physiologie de l'acte sexuel *Physiologie de l'acte sexuel: son vieillissement et ses problèmes inhérents*, Québec, Centre de sexology de Québec, 1980; 136 p.

20- **WAYNBERG J.** Physiologie de l'érection et de l'éjaculation, EMC, Paris, Rein, 4-1976,18603 A50.

21- **Kinsey A. et Al** *Sexual behaviour in the human female*, Philadelphia, Saunders, 1953; XXX-p842.

ANNEXE

Fiche d'enquête

Numéro du dossier :.....

Date de la 1^{ère} consultation :.....

1/Aspect sociodémographique :

Q₁ Nom et Prénom :.....

Q₂ Age :...../...../

Q₃ Adresse et Contact :.....

Q₄ Provenance...../...../

1=Urbaine 2=Rurale 3=NP

Q₅ Profession/...../

1=Cultivateur 2=Commerçant 3=Fonctionnaire
4=Militaire 5=Elève/Etudiant 6=Profession libérale
7=Artisan 8=Retraité 9=Autres (à préciser) 10=NP

Q₆ Niveau d'étude...../...../

1=Fondamental 2=Lycée 3=Universitaire
4=Universitaire et plus 5=NP

Q₇ Mode d'admission...../...../

1=Référé par un agent de santé 2=Référé par un parent 3=Venu de lui-même
4=NP

Q₈ Marié...../...../

1=Oui 2=Non 3=NP

Q₉ Si marié nombre de femmes...../...../

1=Une 2=Deux 3=Trois 4=Quatre
5=NP

Q₁₀ Si célibataire nombre de partenaires...../...../

1=Une 2=Deux 3=Trois 4=Plus de trois
5=Non précisé

2/Etude clinique :

Q11 Age du 1er rapport sexuel :...../...../
1=A partir de 14 ans 2=15-19 ans 3=20-24ans 4=25-29 ans 5=30-34 ans
6=NP

Q12 Mode d'installation du trouble :...../...../
1=Progressif 2=Brutal 3=NP

Q13 Notion de masturbation :...../...../
1=Oui 2=Non 3=NP

Q14 Facteurs déclenchants :...../...../
1=Asthénie physique 2=Dysfonction conjugale
3=Problème d'ordre professionnel 4=Autres 5=NP

Q15 Libido :...../...../
1=Augmentée 2=Diminuée 3=Inchangée 4=NP

Q16 Circonstances avec une ou avec n'importe quelle partenaire :...../...../
1=une seule partenaire 2=n'importe quelle partenaire 3=NP

Q17 Si marié relations extraconjugales :...../...../
1=Oui 2=Non 3=NP

Q18 Anxiété et angoisse de performance :...../...../
1=Oui 2=Non 3=NP

Q19 Sexualité de la ou des partenaires et niveau de satisfaction :...../...../
1=Satisfaite 2=Peu satisfaite 3=Insatisfaite 4=NP

Q20 Fréquence sexuelle souhaitée :...../...../
1=Moins de 3 par semaine 2=Au moins 3 par semaine 3=NP

Q21 Usage d'aphrodisiaque :...../...../
1=Oui 2=Non 3=NP

Q22 Consommation Tabac/Alcool/Drogues illégales :...../...../
1=Tabac 2=Alcool 3=Drogues illégales 4=Tabac et Alcool 5=Tabac et Drogues
illégalés 6=Alcool et Drogues illégales 7=Tabac, Alcool et Drogues illégales 8= Aucune
9=NP

Q23 Existence d'autres troubles périnéaux :...../...../
1=Oui 2=Non 3=NP

Q24 ATCD médicaux :...../...../
1=Bilharziose 2=UGD 3=HTA 4=Diabète 5=Drépanocytose

6=IUG 7=Autres 8=Pas d'ATCD.

Q₂₅ ATCD chirurgicaux :.....
1=Chirurgie du petit bassin 2=Pas d'ATCD chirurgicaux 3=NP

Q₂₆ Toucher rectal :...../...../
1=Normal 2=Prostatite 3=Hémorroïdes 4=Anomalie sphinctérienne 5=NP

3/Examens para cliniques :

Imagerie : Q₂₇ Echo doppler pénienne:...../...../
1=Normale 2=Phlébite 3=Varicocèle

Biologie : Q₂₈ Glycémie :...../...../
1=Normale 2= Augmentée 3= Diminuée

Q₂₉ Taux de prolactine plasmatique :...../...../
1=Normal 2=Augmenté 3=Diminué

Q₃₀ Taux de testostérone plasmatique :...../...../
1=Normal 2=Augmenté 3=Diminué

Q₃₁ Taux de LH plasmatique :...../...../
1=Normal 2=Augmenté 3=Diminué

4/Traitement et Suivi :

Entretien/Soutien psychologique/ :.....
.....

Q₃₂ Pharmacothérapie :...../...../
1=ATB 2=Anti-inflammatoire 3=Crème anesthésique 4=Complexe
vitaminique 5=Anti-asthénique 6=ATB+Anti-inflammatoire 7=ATB+Anti-
inflammatoire+Complexe vitaminique 8=Crème anesthésique+Complexe vitaminique
9=Crème anesthésique+Anti-asthénique 10=Crème anesthésique+Complexe
vitaminique+Anti-asthénique 11=Aucun médicament 12=Traitement hormonal
13=Traitement hormonal+Complexe vitaminique+Anti-asthénique 14=ATB+Anti-
inflammatoire+Anti-asthénique

Q₃₃ Evolution :...../...../
1=Favorable 2=Stationnaire 3=Défavorable

FICHE SIGNALÉTIQUE

Auteur : KOHPÉ KAPSEU Stéphane

Titre de la thèse : Prise en charge de l'éjaculation précoce dans le service d'Urologie au CHU du Point G à propos de 14 cas

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : CAMEROUN

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Urologie, Andrologie, Sexologie

RÉSUMÉ :

OBJECTIF : Etudier l'éjaculation précoce dans le service d'Urologie au CHU du Point G

METHODOLOGIE: Les auteurs ont effectué une étude prospective et transversale portant sur 14 cas. L'enquête s'est déroulée sur une période de 7 mois, de Janvier 2007 à Juillet 2007, lors des consultations de patients reçus pour éjaculation précoce dans le service d'Urologie au CHU du Point G.

RÉSULTATS : L'éjaculation précoce représentait 17,07% des cas de troubles sexuels recensés en consultation. La notion de masturbation dans l'adolescence était retrouvée chez 21,4% des cas. Les facteurs déclenchants les plus fréquents étaient l'asthénie physique et la dysfonction conjugale avec respectivement 50% des cas et 21,4% des cas. Au sein de notre effectif tous les patients avaient une angoisse et/ou une anxiété de performance et 71,4% avaient une baisse ou une insuffisance du désir sexuel. L'anorgasmie chez la partenaire sexuelle était notée chez 63,4% de nos malades. Le toucher rectal a révélé une prostatite chez 42,9% des cas et la Bilharziose urinaire était l'antécédent médical prédominant soit 42,9% des cas.

Le Diabète et la varicocèle étaient retrouvés avec la même fréquence, soit 14,3% des cas. Une évolution favorable après traitement était notée chez 42,9% des cas.

CONCLUSION : les résultats obtenus au cours de cette étude sont comparables aux données de la littérature. Des efforts restent à faire dans la prise en charge.

Mots-clés : *Ejaculation précoce - Troubles sexuels – Urologie – Mali.*

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE !