

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

===== [] =====

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie



Année Universitaire 2009-2010

Thèse N° / ___ /

***LE PRIAPISME DREPANOCYTAIRE
DANS LE SERVICE D'HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE MEDICALE DU CHU DU
POINT G, BAMAKO, MALI : 18 cas***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
De l'Université de Bamako

Par M^{lle} **Hawa TRAORE**
Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président : Professeur Mahamane Kalil MAIGA
Membres : Docteur Aly TEMBELY
Docteur Boubacari Ali TOURE
Directeur de thèse : Professeur Dapa Aly DIALLO

DEDICACES

A ma mère Fatoumata Keïta : m'ma, j'ai tant de chose à te dire que l'expression me manque. Tu as tout fait, tout donné pour ma réussite (amour, prières, bénédiction, sacrifices etc.). Je te suis redevable de la chose la plus importante qui soit (la vie). Tu fais ma fierté par ton comportement (dynamisme, courage, endurance, sociabilité, tolérance et bonté). Tu as toujours donné le meilleur de toi en toute circonstance pour tes enfants. Que Dieu t'en récompense de ton vivant et qu'il te donne longue vie et santé. Je t'aime, tu es moi-même.

Aux drépanocytaires : la lutte contre une maladie est un combat de tous les jours et un engagement pour toute la vie.

A ceux ou celles qui sont décédé(e)s suite aux complications de la drépanocytose : que leurs âmes reposent en paix.

REMERCIEMENTS

A Dieu, le Clément et le Miséricordieux : je vous rend grâce d'avoir veillé sur moi, de m'avoir permise de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant. Gloire et louanges à vous pour l'éternité.

Au Prophète Mohamed, paix et salut sur lui.

A mon père Ibrahima Traoré : papa, tu as fait de moi ce que je suis en bien aujourd'hui. Ta personne m'a beaucoup inspirée et servie d'exemple notamment ta patience, ton humilité, ton sens de respect du prochain et ta foi religieuse. Voici le fruit de ton amour et tes prières. Merci pour tout. Puisse Allah te donner longue vie et santé.

A ma grande sœur madame Diarra Aminata Traoré et son mari : mimi, c'est avec toi que je partage les moments les plus difficiles. Je te suis reconnaissante d'avoir été pour moi une bonne sœur et une seconde maman. Cela ne m'a pas impressionné vu l'esprit de tolérance et l'humilité dont tu fais preuve. Que Dieu te comble de bonheur dans ton foyer et te procure succès dans tes entreprises. A Diarra, merci pour les encouragements et les conseils.

A ma grande mère Mariam Touré : infatigable <<iyo>>, ta douceur et ton soutien ont beaucoup contribué à ce travail. A tes cotés je connais le bonheur de ce que c'est qu'avoir une grande mère. Toute la famille Traoré t'en est reconnaissante. Que Dieu te récompense. Meilleure santé.

A mes frères et sœurs : Daouda, Safiatou, Djénèbou, Mohamed, Abdoul Karim, Ichiaka, Adama, Abdoulaye, Ibrahim (bouri), Mariam (baïni) : pour vos conseils, vos encouragements et vos aides. Dieu seul sait combien ce travail est votre effort. Que Dieu vous donne longue vie, santé et réussite.

Au personnel du service d'Hématologie Oncologie Médicale du Point G et du Laboratoire d'Hématologie à la FMPOS.

D'abord à notre maître **professeur Dapa Ali Diallo :** d'avoir fait confiance en ma personne et de m'avoir confiée un sujet de recherche.

Cher professeur, infinis remerciements pour m'avoir formée. C'est une fierté pour moi d'être comptée parmi vos élèves puisqu'à vos côté nous avons appris la rigueur et le souci du travail bien fait. Trouvez ici toute ma reconnaissance. Puisse Dieu vous donner longue vie et santé pour que nous continuons d'apprendre à vos côtés.

Aux docteurs : Touré, Ly, Koné, Dembélé, Bathily, Assih, Badiaga, Ag Baraika et mes collègues : Mariam, Diaminatou, Djénébou, Dembélé B et

tout le reste du personnel de m'avoir constamment encouragée, d'avoir amélioré ce travail. Dieu seul sait ce que vous avez fait pour moi qu'il vous en récompense.

A Siriki Diakité qui nous a prématurément quittés : que son âme repose en paix.

A mes grands parents feu : Daouda Traoré, Safiatou Touré, Awa Sanou, Aminata Sanogo : c'est Dieu qui en a voulu ainsi, ce travail est le fruit de vos prières, bénédictions et sacrifices. Que Dieu vous accueille dans son paradis.

A Ibrahim Keïta, Salimata Touré et tous mes autres grands parents : votre amour et vos encouragements n'ont jamais manqués. Longue vie à vous.

A mes oncles et tantes : Alou Soumaré, Oumou Samaké, Fatoumata Maïga, Maï Keïta, Kassim Keïta, Ousmane Touré, Tata Touré, Rabiadou Touré, Atika Kounta, Fatouma Kounta et ceux et celles dont les noms n'ont pas été cités : de m'avoir fait confiance depuis toute petite. Vos encouragements, conseils, bénédictions et soutiens (moral, matériel et financier) ne m'ont jamais manqués, toute ma reconnaissance.

A mes cousins et cousines : Hawa Ly, Tou Haïdara, Tiéoulé Diarra, Boubacar Dia, Bira, Fousseyni, Zakaria et tous ceux et celles qui n'ont pas été cités : votre soutien moral, matériel et financier n'ont jamais fait défaut. Je vous en suis reconnaissante.

A feu Madou Diarra et feu Bah Koné : Vous avez toujours crus en ma personne. Vos bénédictions n'ont jamais manqué jusqu'au jour où Dieu vous a appelé. Que la terre vous soit légère.

A la famille Diané : de m'avoir accueillie chez vous toutes ces années, je me suis toujours sentie chez moi. Puisse Dieu vous en récompenser.

A Moussa Traoré (binké), Kissima Traoré, Ismaël M'Fa Koné, Bah Koumaré, Madou Kouyaté, Madou Théra, Abdoul Asiz Cissé, Feu Bamariam : voici le fruit de vos prières et sacrifices, merci pour tout, que Dieu accueille Bamariam dans son paradis.

A mes ami(e)s Assanatou, Lynda, Bassan, Ilias, Tounkara, Ousmane, Daouda, Koumba : avec vous, je découvre chaque jour la force de l'amitié puisqu'elle n'est pas que parole mais se vit et se sent dans les gestes de tous les jours vous me connaissez mieux que quiconque pour avoir vécu une décennie d'amitié ensemble, vous avez supporté mes caprices, m'avez

protégée, encouragée et conseillée, merci pour tout et mes excuses pour mes faux pas que j'aurai commise, je vous souhaite beaucoup de bonheur, que Dieu puisse consolider notre relation et qu'il veille sur elle.

A feu Cissé Sadio Sanogo et ses enfants (Fifi, Aïcha, Sinaly et Saïdou) : pour vos encouragements. Que Dieu accueille Sadio dans son paradis.

A mes ami(e)s d'enfances : Aminata Guindo, Fadima, Hamadoun: je ne sais si un jour je trouverai un mot fort pour témoigner ma reconnaissance que je veux vous témoigner pour tous les soutiens (moral, matériel et financier) merci pour tout.

A mes amis de faculté <les bengaly>: avec vous les moments difficiles de la faculté se sont abrégés et ont été partagés, sans vous il aurait été difficile toute seule que je sois à ce niveau ce jour. Puisse Dieu consolider nos liens et qu'il vous accorde réussite dans vos projets.

A mes camarades syndicalistes de l'ALLURE : à vos côtés j'ai été à une autre école, merci pour tous les enseignements. J'espère qu'avec votre esprit de justice, d'équité et votre sens de responsabilité que vous serrez présents sur d'autres fronts qu'estudiantine.

A mes camarades de l'ASSECS : vous m'avez acceptée telle que suis et m'avez confiée des postes de responsabilité bien que n'étant pas originaire de San, merci pour la confiance et l'intégration. Que Dieu nous donne la force et les moyens d'œuvrer pour l'épanouissement du cercle de San.

A mes camarades de promotion notamment Zeynab, Hawa Sidibé, Amadou, Gaoussou, Issa, Ablo, Généré, Barou, Korkoss, Naréni, Bassiré, Fatoumata Maïga, Souleymane Coulibaly et tous ceux qui n'ont pas été cités : pour votre collaboration pour le maintien constant d'une relation harmonieuse.

A mes cadets Ali Guindo, Modibo Mariko, Ousmane Sidibé, Claire, Stéphane, Youssouf et tous ceux dont les noms n'ont pas été cités : pour les encouragements et la collaboration, courage et persévérance dans vos projets, que Dieu vous garde.

A Baladjigui et Docteur Honoré Berthé, Docteur Soumaïla Diawara : vos conseils m'ont beaucoup servi.

Aux personnels de Zinet Pharma, AS Coiffure et Association YEELEN : pour vos contributions à l'endroit de ma personne.

A l'ensemble des enseignants qui ont contribué à ma formation depuis la maternelle jusqu'à l'école supérieure: ces moments sont aussi les vôtres. Vous vous êtes sacrifiés pour que je sois ce que je suis aujourd'hui, merci de m'avoir formée, le don de la connaissance est le don de soi-même et ce don est inestimable.

A tous ceux avec qui j'ai partagé ma vie étudiante au village du point G : pour cette harmonieuse cohabitation et toutes mes excuses si je vous ai offensé, sachez que je serai nostalgique.

A tous ceux qui n'ont pas pu être mentionnés : acceptez mes excuses pour cette omission involontaire. C'est de tout mon cœur que je dis merci. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Hommages

A notre Maître et Président du jury, Professeur Mahamane Kalil MAIGA

Professeur titulaire de Néphrologie

Chef de Service de la Néphrologie au CHU du Point G

Ancien Ministre de la Défense et des Anciens Combattants

Spécialiste en Médecine Interne

Spécialiste en Santé Publique

Membre de l'Association Internationale de Néphrologie

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons apprécié dès le premier contact vos immenses qualités scientifiques et humaines.

Votre sens élevé de l'écoute, votre simplicité et votre détermination pour le travail bien fait forcent l'admiration de tous.

Veillez recevoir cher Maître nos profondes reconnaissances.

A notre Maître et juge, Docteur Aly TEMBELY

Diplômé de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Tour et de l'Ecole de Chirurgie Urologique de Paris.

Chirurgien Urologue au service d'Urologie du CHU du Point G.

Diplômé d'Andrologie, d'Endo-Urologie et de Lithotripsie Extracorporelle.

Maître Assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Secrétaire Général de l'Association Malienne des Chirurgiens de la Fistule Obstétricale.

Cher Maître, nous sommes très honorés de votre présence dans ce jury.
Vous avez fait la preuve de votre savoir faire et votre rigueur scientifique en améliorant ce travail.
Votre disponibilité à nos multiples sollicitations et votre simplicité nous ont beaucoup marqués.
Veuillez recevoir cher Maître l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge, Docteur Boubacari Ali TOURE

Assistant d'Hématologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Cher Maître, nous sommes très honorés de votre présence dans ce jury.
Nous avons eu le plaisir de vous connaître et nous avons apprécié l'Homme que vous êtes : rigoureux, simple, disponible et travailleur. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques et votre sens de l'écoute font de vous un exemple.
Trouvez ici cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre Maître et directeur de thèse, Professeur Dapa Ali DIALLO

Professeur titulaire d'Hématologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Chef de service d'Hématologie Oncologie Médicale du centre hospitalier universitaire du Point G.

Chef du Laboratoire de Biologie Clinique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Président de la Société Malienne d'Hématologie Oncologie.

Directeur Général du Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose.

Membre de l'Académie de Médecine de France au Mali.

Cher Maître, c'est un honneur pour nous d'avoir effectué ce travail sous votre direction.

Votre rigueur scientifique, votre simplicité font de vous un Maître admirable.

Nous sommes comblés de l'enseignement que nous avons reçu à vos côtés et sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves.

Nous espérons avoir été à la hauteur de la réalisation de ce travail.

Cher Maître, veuillez recevoir notre sincère reconnaissance et nos remerciements. Qu'ALLAH vous récompense.

Liste des abréviations

% : pourcent

/ : Par

≤ : inférieur ou égal

≥ : supérieur ou égal

AMLUD : Association Malienne de Lutte contre la Drépanocytose

C H U : Centre Hospitalier Universitaire

Cell : cellule

Cf: conforme

Dl: Décilitre

EDRF: Endothelium Derived Relaxing Factor

Ex: exemple

fl : femtolitre

g : Gramme

GB : Globules Blancs

H : heure

Hb : Hémoglobine

HOM : Hématologie Oncologie Médicale

IEC : Information Education Communication

Kg : kilogramme

l : litre

m² : mètre carré

mg : milligramme

mm³ : millimètre cube

ND : Non déterminé

N^o : numéro

Pg : Picogramme

PIC : Priapisme Intermittent Chronique

S : Sickle

SC : Hétérozygote composite SC

SPSS : Statistique Package for Social Sciences

SS : Homozygote SS

Sβ : β Thalasso-drépanocytaire

TCMH : Teneur Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine

VGM : Volume Globulaire Moyen

α : alpha

β : beta

° : degré

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	3
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE	5
III. GENERALITES	6
IV. METHODOLOGIE.....	17
V. RESULTATS.....	20
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	33
VII. CONCLUSION.....	37
VIII. RECOMMANDATIONS.....	38
IX. RESUME.....	40
X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	41
XI. ANNEXES.....	45

I. Introduction

Le priapisme se définit comme une érection prolongée, douloureuse et irréductible, survenant en dehors de toute stimulation et n'aboutissant pas à une éjaculation [16]. Il menace de façon dramatique la virilité et par conséquent le psychisme du malade. Sa principale cause est la drépanocytose [49, 50].

La drépanocytose est l'hémoglobinopathie la plus fréquente dans le monde. Elle est caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale appelée hémoglobine S. Cette hémoglobine anormale est la conséquence d'une mutation ponctuelle du 6^{ème} codon du gène β de la globine, conduisant au remplacement de l'acide glutamique par la valine en position 6 de la chaîne β de la globine [6, 52].

L'hémoglobine S a la propriété de polymériser en cas de baisse de la pression partielle d'oxygène du sang [2, 6]. Les globules rouges acquièrent alors des propriétés rhéologiques anormales à l'origine de manifestations vaso-occlusives [6]. La drépanocytose est une maladie génétique à transmission autosomique récessive.

On regroupe sous le terme de « syndromes drépanocytaires majeurs » les combinaisons génétiques qui s'expriment cliniquement : la forme homozygote S/S et les formes hétérozygotes composites S/C, S/D et $\beta^0/ +$ ou S/ β^0 thalassémie [17, 33, 36, 44].

La forme homozygote S/S a une évolution plus sévère mais la plus part des complications y compris les plus graves peuvent être observées au cours des formes hétérozygotes composites [6].

L'évolution de la drépanocytose est marquée par différents types d'événements intercurrents de gravité variable [52].

Les patients drépanocytaires sont exposés à une anémie hémolytique [38], aux infections en partie expliquées par une asplénie fonctionnelle qui s'installe depuis l'enfance [6, 44], à des crises vaso-occlusives et des complications viscérales d'origine ischémique pouvant atteindre tous les organes : appareil ostéo-articulaire, système nerveux, cœur, poumon, rate et appareil urogénital (priapisme) [6, 37, 44].

Au Mali la drépanocytose constitue un véritable problème de santé publique [29, 31]. Selon des études effectuées entre 1980 et 1985 en effet, le trait drépanocytaire concerne 12% de la population au Mali [18, 20].

Les complications de la drépanocytose ont fait l'objet de plusieurs études par les équipes de pédiatrie et de médecine adulte [21, 23, 27]. Le priapisme n'a pas fait spécifiquement l'objet d'études. Ce constat peut s'expliquer par le faible taux de recrutement des cas. Cette complication est pourtant une urgence médicale [19] dont les particularités tant épidémiologiques que cliniques méritent d'être caractérisées dans notre contexte. Nous nous sommes proposée dans une approche à la fois

rétrospective et prospective, de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, évolutifs et la prise en charge thérapeutique des cas de priapisme recrutés dans le service d'hématologie oncologie médicale du CHU du Point G de janvier 2004 à décembre 2008.

II. Objectifs

A. Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs et la prise en charge thérapeutique du priapisme drépanocytaire chez les patients du service d'hématologie oncologie médicale du C H U du Point G.

B. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence du priapisme chez la population drépanocytaire du service d'HOM du CHU du Point G.
2. Décrire les formes cliniques rencontrées chez cette population.
3. Préciser les délais de consultation des malades souffrant de priapisme.
4. Préciser les complications associées au priapisme et le retentissement du priapisme.
5. Déterminer l'âge de survenue des crises de priapisme et les facteurs favorisants associés.
6. Décrire les procédures thérapeutiques mises en œuvre chez ces patients.

III. Généralités

A. Définition :

Le priapisme est une érection prolongée, douloureuse, irréductible survenant en dehors de toute stimulation et n'aboutissant pas à une éjaculation [3, 16].

B. Épidémiologie :

Le priapisme est une complication très fréquente chez les drépanocytaires puisqu'il touche 6% des enfants et 42% des adultes selon certains auteurs [5, 52].

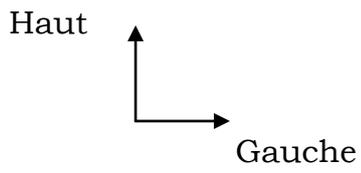
Environ 40% des drépanocytaires rapportent un épisode de priapisme dans leurs antécédents [11, 50].

Dans 68,85% de cas, les causes de priapisme sont rattachées à la drépanocytose [15].

L'âge moyen de survenue est de 22 ans dans certaines études [42].

C. Rappels anatomiques du pénis : [8, 47]

Le pénis étant l'organe érectile, il renferme la partie spongieuse de l'urètre et trois longs corps cylindriques de tissus érectiles. Le tissu érectile est constitué d'un réseau de tissu conjonctif et de tissu musculaire lisse criblé d'espaces vasculaires. Le corps érectile médian appelé corps spongieux entoure l'urètre et s'élargit vers l'extrémité distale pour former le gland, son extrémité proximale renflée constitue la partie de la racine nommée bulbe du pénis. Ce bulbe pénien est recouvert par le muscle bulbo-spongieux et fixé au diaphragme urogénital. Les deux corps érectiles dorsaux du pénis appelés corps caverneux, constituent sa plus grande partie. Ils sont entourés d'une tunique albuginée, leurs extrémités proximales forment chacune un pilier du pénis. Chacun des piliers est enveloppé par un muscle ischio-caverneux et attaché à un arc pubien du bassin.



1. **Le gland**
2. **Le corps spongieux**
3. **Le corps caverneux**

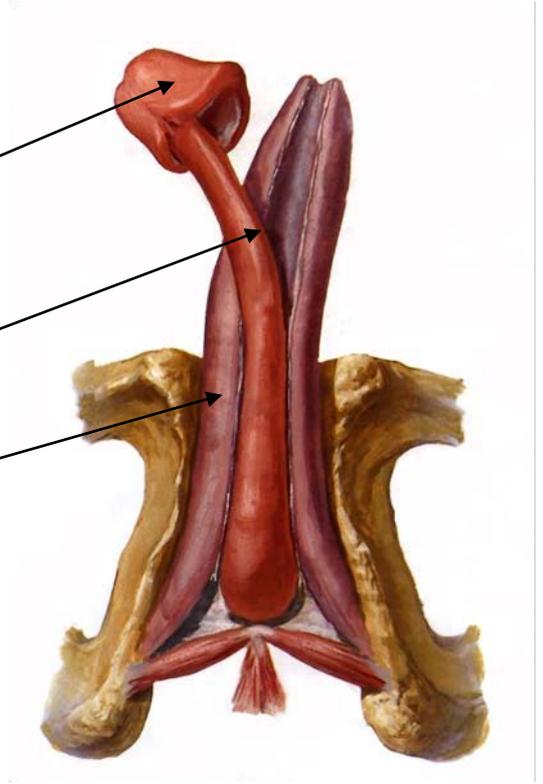


Figure 1 : les corps érectiles de la verge [41]

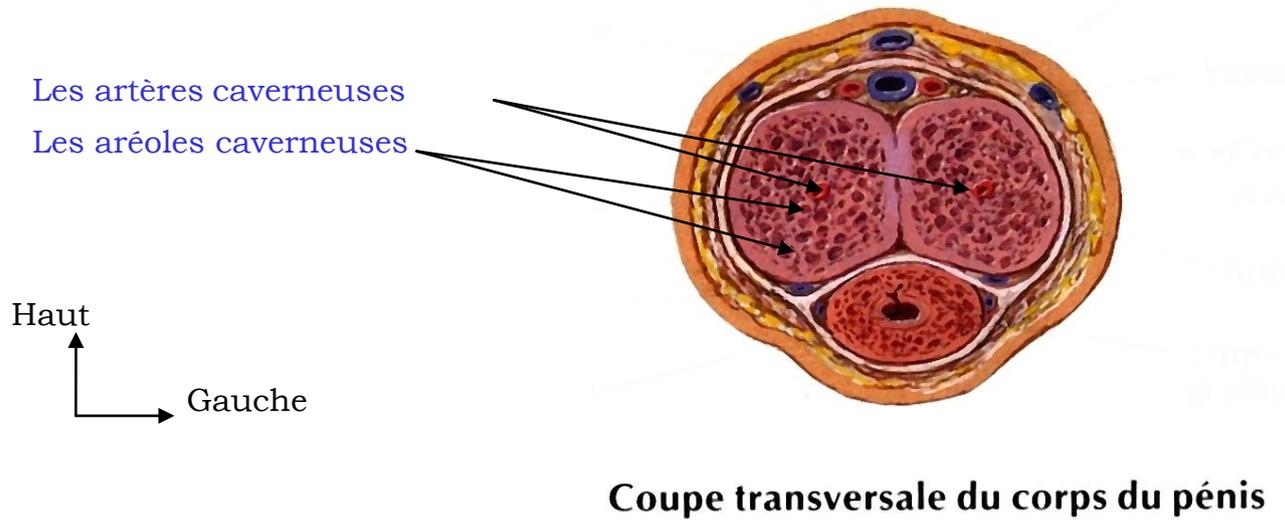


Figure 2 : vascularisation de la verge [41]

La veine dorsale profonde

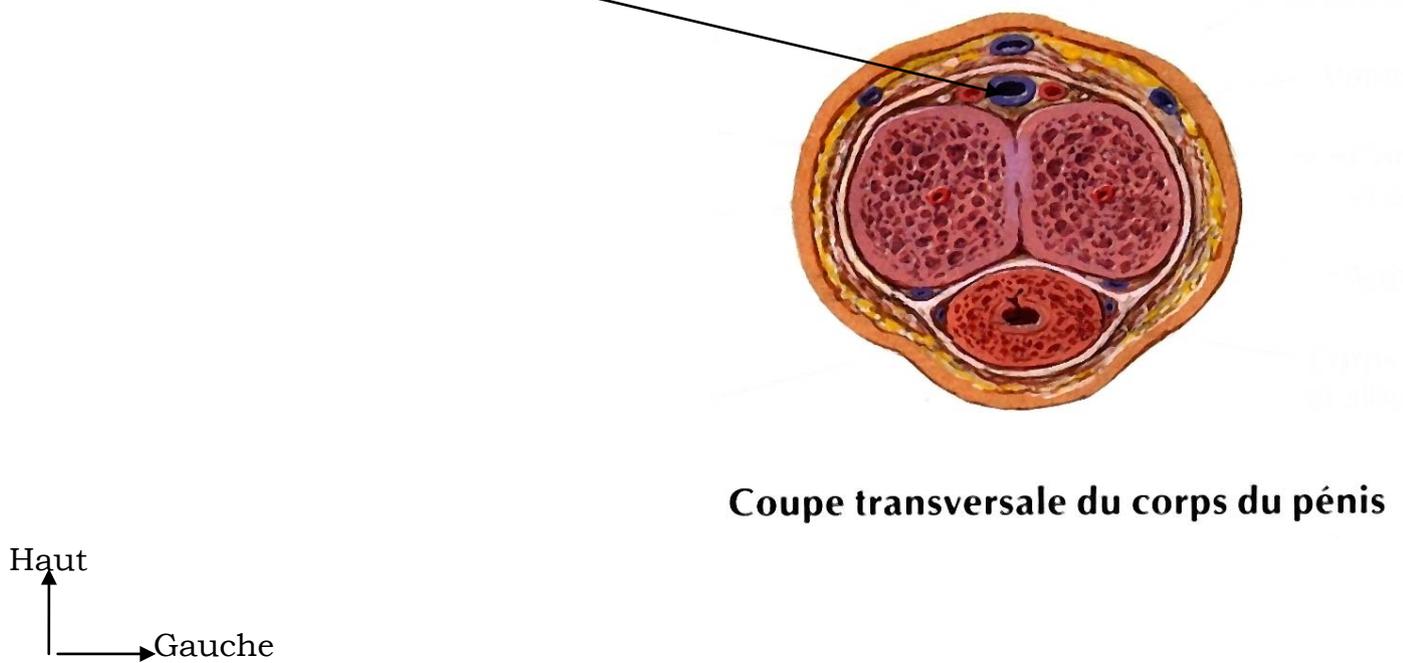


Figure 3: vascularisation de la verge [41]

D. Physiologie de l'érection

L'érection est le résultat d'un bon équilibre hydraulique entre deux systèmes artérioveineux ; d'un côté le remplissage et de l'autre la vidange [25].

Lors de l'érection, le réseau veineux et les shunts artérioveineux sont fermés alors que le réseau artériolaire est ouvert.

L'activité des corps érectiles dépend du système nerveux autonome. Ceux-ci se contractent sous la commande du système nerveux orthosympathique et se relâchent par le parasymphatique [35], par l'intermédiaire du médiateur appelé Endothélium Derived Relaxing Factor (EDRF) qui correspond au nitroxyde d'azote [35].

Le premier temps de l'érection, qui correspond à la phase passive de remplissage des corps caverneux à la manière d'une éponge, est responsable de l'allongement de la verge. Il s'agit du temps de la tumescence (la pression intra caverneuse est de l'ordre de 40 mm Hg) [8].

Le deuxième temps, qui correspond à la phase active ou érection proprement dite est lié à une augmentation de la pression interne des corps caverneux par un mécanisme de relaxation des muscles érectiles lisses destinés à permettre l'ouverture des espaces et donc l'engorgement sanguin caverneux. Ainsi l'érection peut être maintenue sans occlusion veineuse dès lors que le flux artériel vers l'espace caverneux atteint 20 à 50 ml par minute. C'est la phase de rigidité (la pression intra caverneuse est de l'ordre de 110 mm Hg) [8].

La flaccidité s'accompagne de l'ouverture des veinules et des shunts artérioveineux afin de vider les corps caverneux de leur sang [25].

E. Physiopathologie

Le priapisme est la conséquence d'un engorgement sanguin lié à un déséquilibre hémodynamique. Cet engorgement qui peut s'expliquer de deux manières permet de différencier deux types de priapisme.

Classification du priapisme

✓ Priapisme de stase ou veineux ou de bas débit :

De loin le plus fréquent, il se caractérise par un ralentissement de la circulation caverneuse ou plus précisément par un défaut de drainage caverneux lors de la phase de rigidité. Tout se passe comme s'il existait un arrêt de l'érection, soit par blocage de la détumescence, c'est-à-dire de la recontraction des seuls corps caverneux, soit par le ralentissement mécanique de la vidange caverneuse à travers les veines de drainage caverneuses [25].

Le mécanisme pouvant être évoqué est celui de l'hyperviscosité sanguine [51]. Cette situation de blocage ou de ralentissement de la

vidange caverneuse va aboutir rapidement à une souffrance tissulaire par ischémie avec anoxie, nécrose tissulaire et à terme, fibrose des corps caverneux et impuissance.

La douleur est un signe d'ischémie et la survenue d'un priapisme douloureux est une véritable urgence, puisqu'il menace rapidement le pronostic érectile [50].

✓ **Priapisme de haut débit ou artériel** [25] :

Il est beaucoup plus exceptionnel. Des auteurs pensent que ce priapisme résulte d'un traumatisme de l'artère caverneuse entraînant un flux artériel dérégulé dans le corps caverneux. Le mécanisme qui en résulte est le plus souvent une fistule artériocaverneuse post-traumatique. Le retour veineux est conservé. Ici il s'agit plutôt d'une érection forcée que d'une stase. Ce qui explique sa bonne tolérance habituelle avec un risque ischémique plus limité.

F. Étiologies : [4, 15, 25]

Les étiologies incriminées dans la survenue du priapisme sont :

- Les hémoglobinopathies : la drépanocytose et autres hémoglobines instables ;
- Les hémopathies : le myélome multiple et la leucémie myéloïde chronique, la maladie de Vaquez et les thrombophilies qui entraînent une hypercoagulabilité ;
- Les métastases péniennes d'un cancer locorégional ;
- Les maladies auto-immunes : maladie de Kawasaki ;
- Les infections : les tularémies et la syphilis congénitale ;
- Les affections neurologiques : les myélites, les tumeurs médullaires ;
- Les envenimations : piqûre de scorpion ;
- L'ingestion de cocaïne ;
- Les traitements médicamenteux :
 Anti coagulation par héparine, surtout de haut poids moléculaire,
 Psychotropes-antidépresseurs : trazodone,
 Neuroleptiques : clozapine,
 Alpha-bloquants,
 Médicaments destinés à vaincre l'impuissance : la papavérine seule ou en association avec d'autres médicaments, la testostérone...,
 Antiulcéreux : oméprazole,
 Hormonal : tamoxifène,
 Nutritionnel : perfusion d'émulsions lipidiques à 10%,
- Traumatisme pénien affectant le corps caverneux;
- Priapismes idiopathiques.

G. Clinique :**1. Forme typique:** [42]

Priapisme chez un jeune drépanocytaire homozygote.

- **Circonstances de survenue:** les épisodes de priapisme drépanocytaire surviennent très souvent la nuit, favorisés par la phase du sommeil paradoxal, par des épisodes d'hypoxémie nocturne, par des troubles ventilatoires, voire par une apnée.
- **Signes:**
 - a. L'Inspection :** le diagnostic est évident au vue d'une verge tendue en érection irréductible, plaquée contre la paroi abdominale.
 - b. La palpation:** montre une induration des corps caverneux se plongeant au niveau du périnée jusqu'à leur insertion ischiopubienne. Le corps spongieux et le gland ne sont pas concernés (ne subissent pas l'induration).
 - c. Toucher pelvien :** il n'est pas contribuable. Aucune douleur n'est révélée.
 - d. Les signes fonctionnels :**
 - ✓ **La douleur :** elle est constante et retrouvée chez tous les patients. Elle s'accompagne souvent d'insomnie entraînant chez ces patients un état d'angoisse sans cesse croissant.
 - ✓ **Les troubles mictionnels :** ne sont pas toujours présents.
Il s'agit de :
 - Brûlures mictionnels ;
 - Pollakiurie ;
 - Dysurie.



Figure 4: priapisme chez un enfant drépanocytaire (photo prise au service d'urologie CHU du Point G)

2. Formes cliniques :

- **Le priapisme intermittent chronique (PIC) :**

Il se caractérise par la répétition d'épisodes nocturnes de courte durée pouvant s'étendre sur plusieurs mois voire années malgré le traitement [30]. Il est spontanément résolutif en moins de trois heures. Il est favorisé par la phase de sommeil paradoxal, mais aussi par des épisodes d'hypoxémie nocturnes secondaires à des troubles ventilatoires voire à une apnée du sommeil [37].

- **Le priapisme aigu :** [37]

Il est une urgence nécessitant impérativement une hospitalisation. Il est très souvent précédé par des épisodes de priapisme intermittent. L'éducation du patient ou des parents est donc fondamentale car il est possible d'agir préventivement au stade de priapisme intermittent afin d'éviter le priapisme aigu ou de commencer précocement le traitement de ce dernier pour éviter ses séquelles.

3. Examens para cliniques :

Le diagnostic du priapisme ne nécessite aucun examen complémentaire ; mais ceux-ci peuvent contribuer à étayer le mécanisme physiopathologique et la recherche étiologique :

- **Gazométrie caverneuse :** elle permet d'évaluer la gravité de l'anoxie caverneuse qui est le reflet du temps écoulé depuis le début du priapisme [12, 46, 51] ;
- **Échographie doppler des vaisseaux caverneux :** elle permet de mettre en évidence le flux à haut débit artériel et la fistule artério-veineuse en cas de priapisme de bas débit [39, 40];
- **Angiographie (artériographie):** elle permet de mettre en évidence le site de la lésion dans le priapisme à haut débit [10, 13, 48].

4. Diagnostic différentiel :

Il se pose avec les érections douloureuses et prolongées aboutissant à l'éjaculation, occasionné par la prise de médicaments aphrodisiaques.

H. Evolution :

Le priapisme peut aboutir à des séquelles fonctionnelles graves voire une impuissance définitive [28] et à des troubles psychiatriques.

Le priapisme intermittent chronique se complique très souvent de priapisme aigu. En l'absence de traitement ce dernier peut conduire à l'impuissance définitive par fibrose des corps caverneux. Le délai pré-thérapeutique est d'une importance pronostique majeure. En cas d'échec du traitement conservateur une intervention chirurgicale est

proposée mais le risque de séquelle est malheureusement élevé et la récurrence n'est pas toujours évitée.

À terme les conséquences psychologiques sont très importantes et doivent faire discuter prudemment la pose d'une prothèse [55].

La longue durée d'évolution associant à la survenue souvent nocturne du PIC peut être à l'origine de perturbations psychoaffectives et de diminution de rendement scolaire [29].

I. Traitements :

1. Préventif :

Consiste :

- ✓ A informer le patient ou ses parents de la survenue possible du priapisme comme complication drépanocytaire.
- ✓ A traiter de façon efficace les PIC afin d'éviter la survenue du priapisme aigu.
- ✓ A prendre en charge précocement les priapismes aigus afin d'éviter les séquelles de fibrose et psychoaffectifs.

2. Curatif :

- **But :**

Supprimer la douleur et obtenir la détumescence.

- **Moyens :**

- **Médicaux :**

- ✓ Réhydratation ;
- ✓ Prise d'antalgiques ;
- ✓ Oxygénation nasale ;
- ✓ Prise d'étiléfrine per os : PIC espacé [37] ;
- ✓ Injection d'étiléfrine en intra-caverneux ;
- ✓ Autres : hormonothérapies (progestatifs, anti androgènes non stéroïdiens notamment le flutamide) ; agonistes sélectifs adrénergiques (phényléphrine, éphédrine, néosynéphrine) ; β stimulants (salbutamol) [3, 14, 45, 50, 53].
- ✓ Échange transfusionnelle [49];

- **Chirurgicaux**

- ✓ Ponction intra-caverneuse ;
- ✓ Anastomose cavernospongieuse distale ou proximale ;
- ✓ Anastomose cavernosaphène ;
- ✓ Embolisation artérielle [32] ;
- ✓ Plastie pénienne ;

- **Indications :**

- ✓ **La réhydratation:** fait partie des mesures thérapeutiques générales en cas de vaso-occlusion. Elle comporte les solutions de perfusions isotoniques et alcalines, à raison de 3l/m²/jour.

- ✓ **La prise d'étiléfrine per os:** est indiquée dans le priapisme intermittent chronique. La posologie est de 0,25 mg/kg/jour chez l'enfant, 30 mg/jour chez l'adolescent et l'adulte.
- ✓ **L'injection intra-caverneuse d'étiléfrine:** se fait quand l'épisode de priapisme n'a pas excédée 3heures. Elle peut être répétée si une détumescence n'est pas observée 20 minutes après la première administration. En cas d'échec de cette deuxième administration, on procède à **un drainage caverneux**.
- ❖ **Technique de la ponction intra caverneuse :** [4]
 - Contrôler le pouls et la tension artérielle;
 - Vérifier que le malade n'est pas allergique à la xylocaïne;
 - Faire une anesthésie locale sur le bord latéral de la verge sous le gland avec de la xylocaïne à 1%;
 - Utiliser un cathéter n°19 en piquant d'un coup sec jusqu'à la garde, au milieu de la zone anesthésiée selon un angle de 45° par rapport au bord latéral de la verge;
 - Ouvrir le cathéter dans un haricot et attendre l'écoulement sanguin: le sang est d'autant plus foncé que l'épisode a duré longtemps;
 - Masser doucement la verge de la base vers le gland;
 - Mettre un garrot à la base de la verge;
 - Obturer temporairement le cathéter;
 - Injecter 1 ml d'étiléfrine par la seringue à insuline lorsque l'écoulement de sang est rouge vif;
 - Contrôler le pouls et la tension;
 - Attendre 10 minutes pour apprécier l'efficacité de l'injection jugée sur la réapparition de la flaccidité de verge;
 - Répéter l'injection d'étiléfrine en cas d'inefficacité.
- ✓ **L'échange transfusionnelle :** a lieu en cas d'échec du drainage caverneux ou en cas de retard de prise en charge (priapisme ayant une évolution supérieure à six heures).
- ✓ **L'anastomose cavernospongieuse ou cavernosaphène :** a lieu en cas d'échec du traitement conservateur (médical). [9, 26]
- ✓ **L'embolisation artérielle :** a lieu en cas de traumatisme artériel sur le réseau vasculaire pénien.
- ✓ **La plastie pénienne :** est réservée aux cas de fibrose du corps caverneux. [55]

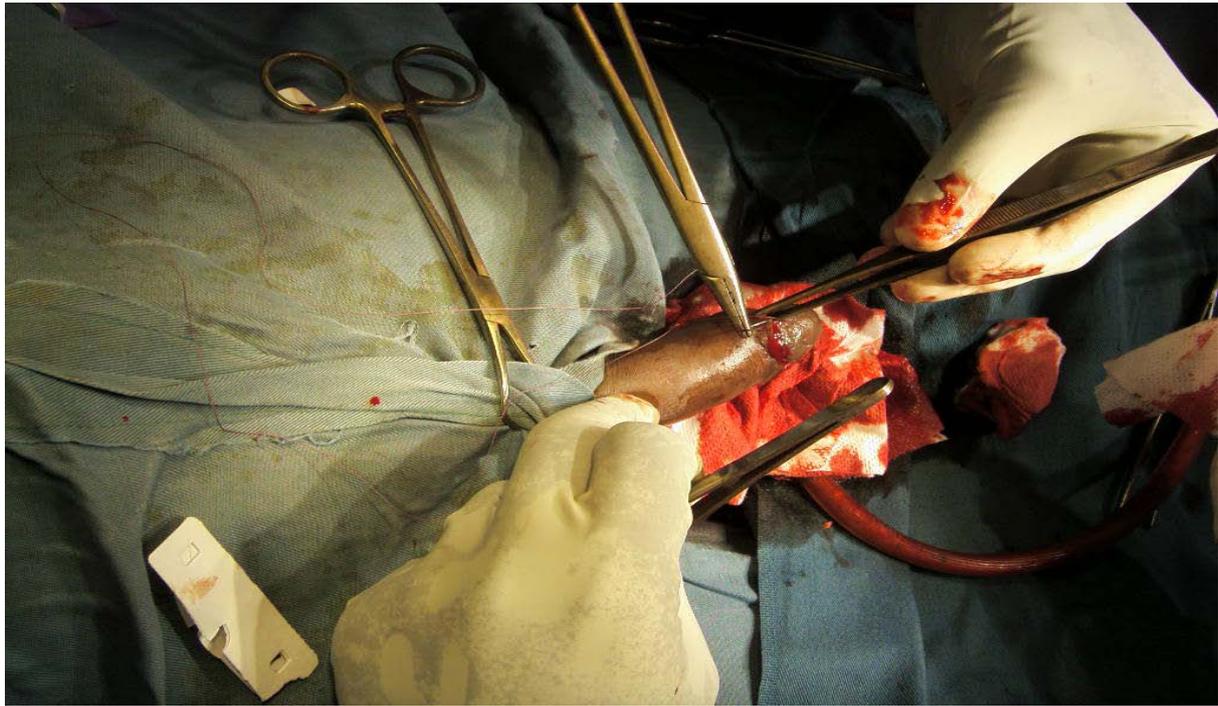


Figure 5: anastomose cavernospongieuse (photo prise au bloc opératoire CHU du Point G)

IV. Méthodologie

A. Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée dans le service d'hématologie oncologie médicale du Centre Hospitalier et Universitaire du Point G.

Le CHU du point G, situé à 7,8 kilomètres du centre ville de Bamako constitue une des plus grandes formations hospitalières du pays. Il est constitué de 14 services dont 4 services de chirurgie, et 10 services de médecine parmi lesquels le service d'HOM.

Le service d'HOM du CHU du Point G a été créé en juin 1998. Le bâtiment accueillant le service est un bâtiment à 1 étage divisant le service en 2 unités, l'unité B à l'étage et l'unité A au rez-de-chaussée. Il est situé entre le service de cardiologie B et le service de maintenance de l'hôpital du Point-G à l'est, le service de médecine interne à l'ouest, le service de cardiologie A au nord et le pavillon basque au sud.

Avec une capacité totale de 13 lits, l'unité B à l'étage comporte 3 salles d'hospitalisation communes et une salle unique. Sur cet étage sont également situés les bureaux du chef de service, du major en charge de l'exécution de la chimiothérapie, de même qu'une salle des infirmiers.

L'unité A comporte elle, 11 salles d'hospitalisation pour une capacité de 23 lits. Cette unité accueille également le bureau du médecin du service, du major, la salle des internes, celle des infirmiers, celle des techniciens de surface, une salle de réunion, et un magasin.

Sur le plan des activités, le service est dirigé par un professeur titulaire en hématologie et oncologie médicale assisté par un médecin généraliste, deux internes des hôpitaux et des étudiants en année de thèse. Le personnel infirmier se compose de 09 infirmiers dont 04 techniciens supérieurs de santé.

B. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective et prospective conduite sur les dossiers d'hospitalisation et auprès des patients du service d'HOM de janvier 2004 à décembre 2008.

C. Population d'étude

Les patients présentant un syndrome drépanocytaire majeur ayant été hospitalisés ou vus en consultation pour un priapisme dans le service d'HOM.

D. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude les patients drépanocytaires majeurs du service d'HOM CHU du Point G ayant présenté au moins un épisode de priapisme et /ou une complication aiguë.

E. Critères de non inclusion

Les patients drépanocytaires majeurs vus en dehors de la période d'étude.

Les patients non drépanocytaires.

Les patients ne répondant pas aux critères d'inclusion.

F. Procédure de recrutement

Le recrutement a concerné systématiquement tous les patients ayant présenté un priapisme et/ou une complication aiguë de janvier 2004 à décembre 2008.

La collecte des données a été faite sur consultation des dossiers des malades ou lors d'entretien avec le malade. Pour les cas recrutés sur dossier, un contact téléphonique a été établi avec le malade lorsqu'il était joignable par téléphone pour compléter la fiche de recueil de données (cf. annexe). Ces données ont été collectées pour chaque patient sur une fiche d'enquête individuelle et enregistrées sur logiciel informatique pour analyse et interprétation.

G. Paramètres étudiés :

- Le phénotype drépanocytaire
- Le type de priapisme
- Le traitement reçu par le patient pendant l'épisode de priapisme
- Le statut vaccinal du malade
- La fréquence du priapisme
- Le suivi drépanocytaire
- Le délai de consultation
- L'âge du patient
- L'ethnie
- Le secteur d'activité
- La résidence
- Le motif de consultation
- La durée de l'épisode priapique
- Le délai de sédation
- Le moment de survenu
- La fonction de la verge
- La population drépanocytaire vue en urgence durant la période d'étude
- Les caractéristiques de l'hémogramme pendant l'épisode de priapisme

H. Saisie et analyse des données :

Les logiciels utilisés pour la saisie et l'analyse des données recueillies ont été :

- Le logiciel Microsoft Office Excel 2007 pour la saisie des données
- Le logiciel SPSS pour Windows version 12.0 pour l'analyse des données
- Le logiciel Microsoft Word 2007 pour le traitement de texte

I. Ressources humaines

Ce travail s'est déroulé au CHU du Point G de Bamako sous la direction technique et scientifique du professeur Dapa A Diallo chef du service d'HOM, initiateur et coordonateur de ce travail et avec le concours du personnel du service.

J. Considérations éthiques

Les malades recrutés en période prospective ont participé à l'étude après avoir donné un consentement oral précédé de l'exposé du but et des modalités de déroulement de l'étude.

L'étude a démarré après approbation du protocole de thèse par le directeur.

V. Résultats

A. Caractéristiques des patients

Durant la période d'étude considérée, 18 cas de priapisme ont été diagnostiqués dont 11 cas en rétrospectif (de janvier 2004 à décembre 2007) et 7 autres en prospectif (de janvier 2008 à décembre 2008).

1. Distribution des patients selon l'âge

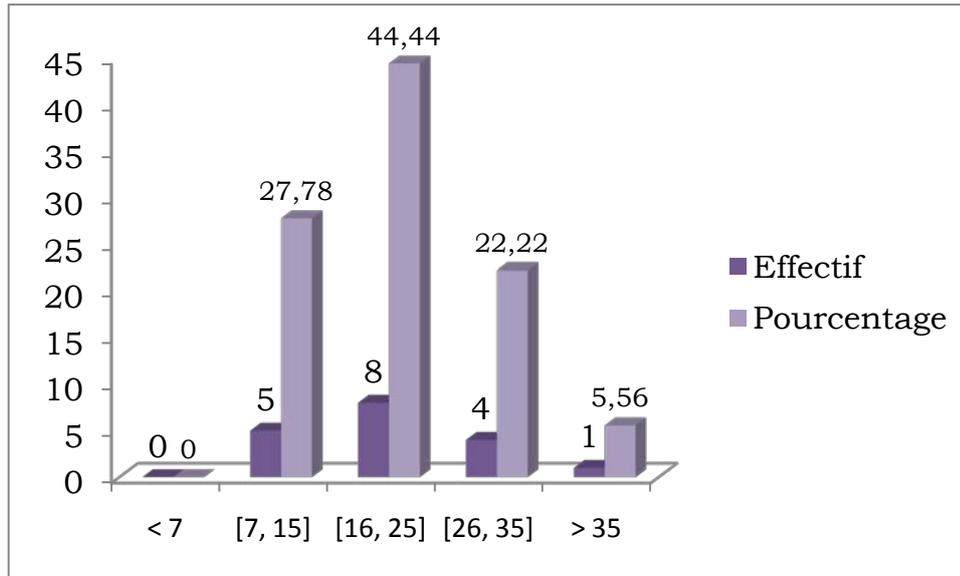


Figure 6 : répartition des patients par classe d'âge

Le plus jeune patient avait 7 ans et le plus âgé 37 ans avec un âge moyen de 22 ans.

L'âge médian était compris 16-25 ans.

2. les autres caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : répartition des patients selon l'ethnie, le secteur d'activité et la résidence.

Patient N°	Ethnie	Profession	Residence
1	Bambara	Elève	Bamako
2	Sarakolé	Elève	Bamako
3	Malinké	Elève	Koulikoro
4	Sarakolé	Etudiant	Bamako
5	Senoufo	Etudiant	Bamako
6	Peulh	Commerçant	Bamako
7	Bambara	Couturier	Bamako
8	Sonrhai	Elève	Bamako
9	Sonrhai	Elève	Bamako
10	N D	Etudiant	N D
11	Bambara	Elève	Bamako
12	Sarakolé	Elève	Bamako
13	Sarakolé	Elève	Bamako
14	Sonrhai	Elève	Bamako
15	Sarakolé	Elève	Koulikoro
16	Peulh	Convoyeur	Bamako
17	Somono	Etudiant	Koulikoro
18	Bambara	Commerçant	Bamako

N D: non déterminé

L'ethnie Sarakolé est majoritaire dans notre étude suivie des ethnies bambara et sonrhaï.

Les élèves et étudiants prédominaient.

Tous nos patients résidaient à Bamako ou dans des localités proches de Bamako : Kati et Koulikoro.

3. Le phénotype drépanocytaire

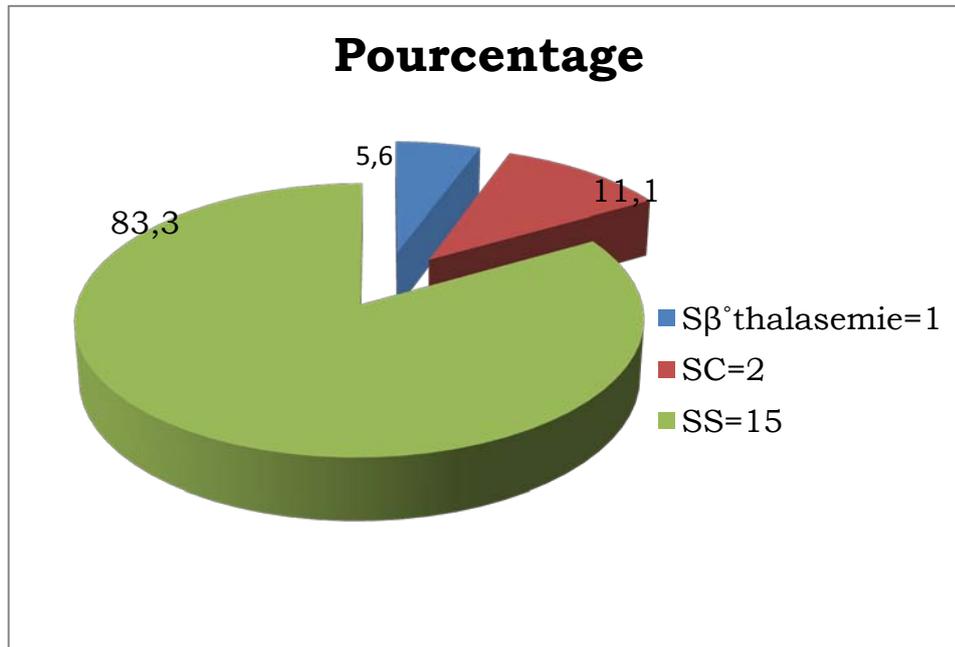


Figure 7 : répartition des patients selon le phénotype drépanocytaire

Le phénotype le plus représenté était l'homozygote SS: 83,3%, suivi du double hétérozygote SC : 11,1%.

B. Caractéristiques du priapisme

1. La fréquence du priapisme parmi la population drépanocytaire.

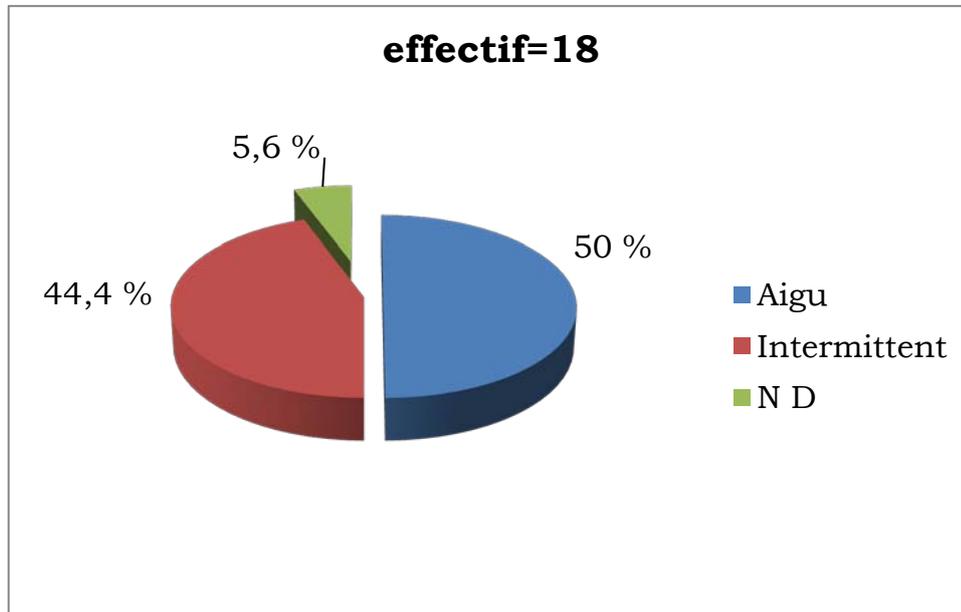
Tableau II : fréquence du priapisme selon le phénotype drépanocytaire.

Phénotype	Population drépanocytaire masculine	Effectif du priapisme	Pourcentage
Sβ	49	1	2,1
SS	163	15	9,2
SC	95	2	2,1
Total	307	18	5,9

Durant la période d'étude considérée, 629 drépanocytaires ont été reçus en consultation ou en hospitalisation pour urgence dont 307 de sexe masculin. Parmi cette population : 18 (soit 5,9%) avaient un priapisme dont :

- . 1 cas de priapisme parmi 49 thalasso-drépanocytaires ;
- . 15 cas de priapisme parmi 163 drépanocytaires homozygotes ;
- . 2 cas de priapisme parmi 95 hétérozygotes composites SC.

2. Types de priapisme



N D: non déterminé

Figure 8 : répartition des patients selon le type de priapisme

Dans notre étude le priapisme aigu prédominait légèrement sur le priapisme intermittent.

3. Distributions des types de priapisme selon le phénotype drépanocytaire

Tableau III : distribution des types de priapisme selon le phénotype drépanocytaire.

Phénotype	Type de Priapisme			Effectif
	Aigu	Intermittent	N D	
S β	1	0	0	1
SS	7	8	0	15
SC	1	0	1	2
Total	9	8	1	18

Le seul cas de priapisme observé parmi les β thalasso – drépanocytaires était un priapisme aigu.

Il y avait autant de priapismes aigus que de priapismes intermittents chez les sujets homozygotes.

Parmi les 2 cas de priapisme observés chez les sujets composites SC, un était un priapisme aigu, l'autre n'a pu être caractérisé (N D).

N D: non déterminé

4. Motif de consultation

Tableau IV : répartition des patients selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage
Priapisme	17	94,4
Autre*	1	5,6
Total	18	100

La majorité de nos patients a consulté pour une symptomatologie de priapisme. Dans 1 cas, la symptomatologie était apparue en cours d'hospitalisation (*).

5. Délai de consultation**Tableau V** : répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif
≤ 3h	1
3h-6h	1
6h-24h	2
≥ 24h	5
N D	9
Total	18

Le délai minimum entre le début de la crise des priapismes survenus à domicile et la consultation était de 6 heures.

N D: non déterminé

6. Moment de survenue dans le nycthémère

Tableau VI : répartition des patients selon le moment de survenue du priapisme et selon le phénotype drépanocytaire.

Moment de survenu	Phénotype			Total
	SS	SC	S β	
Matin	4	-	-	4
Nuit	7	1	-	8
N D	4	1	1	6
Total	15	2	1	18

Les épisodes de priapisme survenant la nuit sont plus fréquents.

N D: non déterminé

7. Durée de l'épisode

Tableau VII: répartition des patients selon la durée de l'épisode du priapisme

Durée de l'épisode	Effectif
ND	12
2 heures	1
6 jours	1
8 jours	2
9 jours	1
20 jours	1
Total	18

La durée de l'épisode de priapisme n'a pu être déterminée pour 12 malades. Pour les 6 autres, la crise a duré entre les extrêmes de 2 heures et 20 jours.

N D: non déterminé

8. Retentissement du priapisme

Tableau VIII: répartition des patients en fonction de la séquelle, des types de priapisme et du phénotype drépanocytaire.

Patient N°	Phénotype	Type de priapisme	Impact fonctionnel	Impact psychologique
1	Sβ	Aigu	N D	N D
2	SS	Intermittent	Dysérection	Préoccupé
3	SS	Intermittent	N D	N D
4	SS	Aigu	Dysérection	Très préoccupé
5	SC	Aigu	Dysérection	Préoccupé
6	SS	Aigu	Asthénie	Non préoccupé
7	SS	Intermittent	Normal	Non préoccupé
8	SS	Aigu	Dysérection	Très préoccupé
9	SS	Aigu	Dysérection	Très préoccupé
10	SC	Intermittent	N D	N D
11	SS	Aigu	N D	N D
12	SS	Intermittent	N D	N D
13	SS	Aigu	Normal	Non préoccupé
14	SS	Intermittent	N D	N D
15	SS	Intermittent	Normal	Très préoccupé
16	SS	Aigu	Dysérection	Très préoccupé
17	SS	Intermittent	N D	N D
18	SS	Intermittent	Normal	Non préoccupé

Les troubles de l'érection ont été observés majoritairement chez les patients ayant fait des crises de priapisme aigu. Un impact psychologique important a été observé également plus volontiers chez les patients ayant souffert d'un priapisme aigu.

N D: non déterminé

9. Caractéristiques de l'hémogramme

Tableau IX : répartition des patients selon les données de l'hémogramme.

Patient n°	Hb (g/dl)	VGM (fl)	TCMH (pg/cell)	GB (x10 ³ /mm ³)	Plaquettes (x10 ³ /mm ³)
1	6	77	26,3	3573	390000
2	6,9	88	30,5	16500	657000
3	9,7	82	26,2	8900	175000
4	6,6	79,9	26,7	21000	803000
5	11,4	72,6	26,1	25500	306000
6	6,69	99,9	34,5	19100	268000
7	6,6	89	30,7	15900	N D
8	8,3	86	29,7	12900	585000
9	7,5	81,5	30,7	15000	570000
10	13,5	80,9	29	8500	474000
11	N D	N D	N D	N D	N D
12	8,5	83	27,6	14200	549000
13	9,78	91	29,2	11200	399000
14	N D	N D	N D	N D	N D
15	8,3	76	N D	4820	N D
16	N D	N D	N D	N D	N D
17	5,8	87,4	26,5	9300	899000
18	10,3	96	29,3	6100	616000
Moyenne	8,39	84,68	28,78	12832	514692

Tous les patients étaient anémiés hormis un seul qui avait un taux d'hémoglobine à 13,5 g/dl.

L'anémie était dans la majorité des cas normochrome et normocytaire, avec un VGM moyen à 84,68 fl et une TCMH moyenne à 28,78 pg/cell.

L'hyperleucocytose (9 cas/18) et la thrombocytose (8 cas/18) étaient fréquentes.

N D: non déterminé

C. Prise en charge thérapeutique

1. Hydratation

Plus de la moitié de nos patients ont été réhydratés, soit : 10 patients/18.

2. Echange transfusionnelle

Moins de la moitié de nos patients ont reçu un échange transfusionnel, soit 44,4% (8 patients/18) des patients.

3. L'utilisation d'alpha-beta adrénergique (Etiléfrine)

La quasi totalité de nos patients avait reçu de l'étiléfrine par voie orale faute de disponibilité de la forme injectable de ce médicament soient 16 patients/18.

VI. Commentaires et discussion

Au cours de notre étude, 18 cas de priapisme ont été documentés chez 629 patients drépanocytaires dont 307 de sexe masculin hospitalisés ou vus en consultation pour complication aiguë dans le service d'hématologie oncologie médicale de janvier 2004 à décembre 2008.

Les difficultés et limites du recrutement se situaient au niveau de la collecte des données sur dossier et la durée courte de l'étude prospective.

L'importance des malades perdus de vue sans contact et l'insuffisance des certains dossiers ont fait que des questions sont restées sans réponse (ex: nombre d'épisodes de priapisme antérieurs, les autres complications de la drépanocytose associées...).

Au terme de l'étude quelques caractéristiques sociodémographiques et épidémiocliniques ont pu être dégagées.

1. Les caractéristiques sociodémographiques des malades

✓ **L'âge** : dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était celle de 16 à 25 ans. La moyenne d'âge était de 22 ans avec des extrêmes de 7 et 37 ans. Cinq cas étaient observés chez l'enfant, 8 cas chez l'adolescent et 5 autres chez l'adulte. Ces résultats concordent avec ceux rapportés par Latoundji au Bénin en 1992 [42]. L'explication de ce profil de distribution selon l'âge en service d'H O M doit prendre en compte le fait que ce service a un recrutement adulte.

✓ **L'ethnie** : l'ethnie Sarakolé prédominait dans notre étude. Ce constat peut s'expliquer par une plus forte fréquentation des structures de santé par les Sarakolés puisqu'ils ne représentent pas l'ethnie majoritaire à Bamako.

✓ **La résidence** : plus de la moitié des patients résidaient à Bamako et dans des localités proches de Bamako. Cela peut s'expliquer par le fait que la plus part des patients suivis en service d'hématologie oncologie médicale du CHU du Point G avait été informé de la possibilité de survenue du priapisme comme complication de la drépanocytose. Les patients de l'intérieur du pays sont peu informés et ont des difficultés pour leur prise en charge. Les cas référés sont venus des services d'urologie et d'urgences qui sont des structures toutes concentrées à Bamako.

✓ **Le secteur d'activité**: les élèves prédominaient dans notre étude, suivis des étudiants. Ce résultat concorde avec celui de Dicko [21]. L'accès plus facile de cette population aux outils de communication pourrait expliquer leur prédominance parmi les malades recrutés.

2. La fréquence du priapisme parmi les urgences drépanocytaires : dans notre étude, 629 drépanocytaires dont 307 de sexe masculin ont été reçus en consultation ou en hospitalisation pour complication aiguë. Parmi cette population 18 soit 5,9 % ont été reçus pour un priapisme.

L'analyse de la distribution temporelle de ces 18 cas révèle que 11 cas seulement ont été rapportés dans le cadre du volet rétrospectif de l'étude qui a concerné une période de 4 ans contre 7 cas en prospectif conduit sur un an. Elle souligne la supériorité de l'approche prospective de l'étude et la grande fréquence du priapisme chez le drépanocytaire. Il est possible en effet que l'étude prospective conduite sur un an a conduit à des interrogations dirigées ayant placé le malade dans une situation de livrer une information qu'il aurait gardée pour lui-même pour plusieurs raisons notamment des raisons de mauvaise représentation du priapisme.

3. Les caractéristiques cliniques :

- ✓ **Le phénotype :** la majorité de nos patients est SS, suivi des SC et des Sβ. Ce résultat est similaire à celui de Latoundji [42] et à celui de Le Trudu-Chicot [43].
- ✓ **Le motif de consultation :** tous nos patients ont consulté pour priapisme en dehors d'un seul dont l'épisode de priapisme est survenu au cours d'une hospitalisation pour douleurs des membres inférieurs.
- ✓ **Le type de priapisme :** dans notre étude le nombre de cas de priapisme aigu est supérieur à celui de priapisme intermittent chronique. Cela peut s'expliquer par le fait que les épisodes de priapisme aigu s'accompagnent de douleur, ce qui motive la consultation. Même si le priapisme intermittent semble plus fréquent, il dure moins que le priapisme aigu et il peut se résorber spontanément ou avec des petits moyens (bain d'eau tiède, marche...).
- ✓ **Le moment de survenue :** dans notre étude les épisodes de priapisme sont survenus généralement la nuit : 8 cas/18. Ce résultat diffère peu de celui de Gbadoe [29] qui a observé 4 cas de survenue nocturne parmi un groupe de 8 drépanocytaires.
- ✓ **Le délai de consultation :** ce délai est d'une très grande importance, car il détermine le pronostic fonctionnel de la complication. Il sous entend le délai préthérapeutique. Des auteurs recommandent de traiter les malades dans les 36 premières heures [24] et d'autant qu'il y a la présence de thrombus dans les espaces lacunaires et une nécrose du muscle lisse déjà à la 48^{ème} heure [55]. Dans notre étude, comme dans celle de Latoundji [42], le délai de consultation a été long. L'explication de ce constat doit prendre en compte : le fait que les patients éprouvent une réticence à se confier précocement aux médecins en raison du tabou lié au sexe et surtout, la représentation populaire du priapisme considéré comme une maladie de l'adultère [15]. A ces raisons s'ajoute

le manque d'information sur la possibilité de survenue du priapisme comme complication drépanocytaire [19].

- ✓ **La durée de l'épisode :** la durée minimale de l'épisode priapique au cours de notre étude est de deux heures, avec une durée maximale de vingt jours. Ce résultat converge avec celui Latoundji [42] chez qui une intumescence a été observé après 3 à 60 jours avec une moyenne de 26 jours. Dans le contexte malien cela s'explique par le fait que les patients qui ont des antécédents de PIC ne suivaient pas de traitement de fond. En plus, s'ajoutent les difficultés d'approvisionnement en produit sanguin et le fait que certains médicaments indispensables dans la prise en charge ne sont pas disponibles sur le marché malien comme c'est le cas pour l'étiléfrine injectable.
- ✓ **Le retentissement du priapisme :** dans notre série 7 cas de troubles érectiles (dysérection) sont observés. L'impact psychologique est corrélé au degré de l'atteinte fonctionnelle; il est important dans tous les cas de priapisme aigu, variable dans les cas de priapisme intermittent chronique (allant de l'absence de préoccupation à la grande préoccupation).

4. Les thérapeutiques utilisées :

Plus de la moitié de nos patients ont été soumis à une réhydratation. Les patients qui n'ont pas été hydratés, sont ceux qui n'ont pas été hospitalisés.

L'échange transfusionnel a été effectué chez 8 patients. Le manque de disponibilité de produit sanguin en quantité suffisante et à temps a limité l'utilisation de cette thérapeutique.

L'utilisation d'étiléfrine par voie orale à la posologie de 30 mg/jour est trouvée chez 88,8% de nos patients. Le seul patient qui n'a pas reçu d'étiléfrine, n'a pas été hospitalisé pour raisons financières.

Plusieurs auteurs soutiennent que la prise en charge du priapisme drépanocytaire doit comporter: une oxygénation nasale, une hydratation, une alcalinisation, l'utilisation d'étiléfrine et d'antalgiques [4, 11, 54].

5. Les caractéristiques de l'hémogramme au moment du priapisme :

Le taux moyen d'hémoglobine égal à 8,39 g/dl avec des extrêmes de 6,6 et 13,5 laisse penser que les crises de priapisme sont associées plus souvent à des accidents vasoocclusifs qu'hémolytiques.

L'anémie observée était plus souvent normochrome normocytaire avec un VGM moyen à 84,68fl et une TCMH moyenne à 28,78pg/cell.

Dans le cadre d'une étude cas-témoins conduite au Nigeria entre 2001 et 2004, Ahmed et al [1] trouvent un taux d'hémoglobine et d'hématocrite significativement plus élevé en période de priapisme aigu et considèrent l'hyperviscosité comme un facteur de risque de la complication [1].

Plus de la moitié de nos patients avaient une leucocytose et/ou une thrombocytose.

Ces résultats superposables à ceux d'autres auteurs d'Afrique [7, 22, 34], invitent à considérer la responsabilité des phénomènes d'hyperviscosité et d'adhérence cellulaire dans la survenue de la crise de priapisme chez le drépanocytaire. Il est possible que des approches thérapeutiques visant à prévenir l'adhérence des cellules drépanocytaires à l'endothélium vasculaire et l'hyperviscosité chez le drépanocytaire puissent aider à réduire le risque de survenue des crises de priapisme aigu ou intermittent.

VII. Conclusion

Cette étude rétrospective et prospective qui s'est intéressée à la population drépanocytaire vue dans un contexte d'urgence dans le service d'HOM de janvier 2004 à décembre 2008 permet de faire les conclusions suivantes:

- Le priapisme drépanocytaire n'est probablement pas une complication rare parmi les urgences drépanocytaires.
- Le priapisme drépanocytaire qui peut s'observer avant l'âge de la puberté, survient surtout la nuit avec un impact psychologique important.
- Le priapisme est souvent associé à une hyperleucocytose et/ou à une thrombocytose.
- Il y a un besoin d'information sur la complication et de mise à disposition des moyens thérapeutiques dont l'efficacité est prouvée.
- Il y a un besoin d'études prospectives analytiques pour identifier les facteurs favorisant la survenue du priapisme chez le drépanocytaire au Mali et bâtir les meilleures stratégies de sa prévention.

VIII. Recommandations

Aux autorités

- ✓ L'implication dans la lutte contre la drépanocytose au même titre que les maladies infectieuses curables par la formation des spécialistes en hématologie, dans l'optique de décentraliser les structures de diagnostic et de prise en charge de la drépanocytose gage d'un diagnostic et d'une référence précoce ;
- ✓ La mise en œuvre d'une politique d'accès aux médicaments utiles chez les drépanocytaires;
- ✓ L'appui à la recherche sur la drépanocytose;
- ✓ Le soutien de l'AMLUD dans ses activités d'IEC;
- ✓ La révision à la baisse des coûts des prestations sanitaires limitant l'accès aux outils diagnostiques et thérapeutiques de premier choix; aux consultations et à l'hospitalisation ;
- ✓ La mise en place d'un système de sécurité sociale performant aidant à la prise en charge des patients ;
- ✓ La sensibilisation et la formation du personnel médical des centres de santé secondaires sur la prise en charge du priapisme.

Aux praticiens et chercheurs

- ✓ Informer, sensibiliser et éduquer sur l'importance du suivi drépanocytaire ;
- ✓ Faire un dépistage systématique chez les nouveau-nés issus de parents porteurs du trait drépanocytaire ou drépanocytaires ;
- ✓ Informer systématiquement le drépanocytaire ou ses parents de la possibilité de survenue du priapisme comme complication dont la prise en charge est urgente ;
- ✓ Réaliser une électrophorèse de l'hémoglobine devant tout cas de priapisme;
- ✓ Standardiser les dossiers afin de permettre un recueil rapide du maximum d'informations ;
- ✓ Informatiser les dossiers médicaux pour faciliter leur conservation et leur exploitation ;
- ✓ Conduire des études prospectives analytiques, multicentriques, multidisciplinaires sur le priapisme drépanocytaire au Mali.

Aux étudiants en médecine

- ✓ L'apprentissage de la technique de ponction caverneuse ;
- ✓ La tenue correcte des dossiers médicaux.

Aux éditeurs des revues scientifiques

- ✓ Permettre une plus grande accessibilité sur internet aux publications ;
- ✓ Revoir à la baisse les frais d'abonnement aux différentes revues scientifiques.

A la population

- ✓ Le recours précoce à un professionnel de santé qualifié devant tout cas de priapisme ;
- ✓ Le suivi correct des conseils et prescriptions du médecin et le respect des Rendez-vous de consultations ;
- ✓ Participer aux activités de l'AMLUD.

IX. Résumé

Notre étude dont l'objet était d'étudier les aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs du priapisme drépanocytaire, porte sur 18 cas observés dans le service d'HOM du CHU du Point G de janvier 2004 à décembre 2008.

Ces 18 cas représentent 5,9% des complications chez les drépanocytaires ; la complication est observée chez des sujets âgés de 7 à 37 ans ayant un phénotype SS (15 cas), SC (2 cas) et S β thalassémie (1 cas).

Le priapisme était aigu dans 50% des cas avec un délai de consultation long, le plus souvent supérieur à 24 heures ; il a un retentissement fonctionnel et psychologique important; sa survenue est le plus souvent nocturne.

Le priapisme survient chez des drépanocytaires qui ont des taux d'hémoglobine et d'hématocrite le plus souvent dans les limites des taux de base habituels, des globules blancs et des plaquettes élevés.

Ces données permettent de conclure que le priapisme drépanocytaire n'est probablement pas une complication rare parmi les urgences drépanocytaires au Mali ; que son mécanisme relèverait plus des vasoocclusions favorisées par des phénomènes d'hyperviscosité et d'adhérence cellulaire à l'endothélium vasculaire. La nécessité d'études prospectives analytiques pour identifier les facteurs favorisant le priapisme drépanocytaire afin de bâtir les meilleures stratégies de sa prévention au Mali se pose à cet effet.

Mots clés : drépanocytose, priapisme, Mali.

X. Références Bibliographiques

1. **Ahmed S G, Umma A I, Abba W H.** Hematological parameters in sick cell anemia patients with and without priapism. *Ann Saudi Med* 2006; 26(6): 439-443.
2. **Anoosha H, Dora B, Bertrand G.** Complications aiguës de la drépanocytose. *Rev Prat* 2004; 54 :1548-56.
3. **Arnal C et Girot R.** Drépanocytose chez l'adulte. *Encycl Med Chir* (édition scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris) Hématologie, 13-0060-D- 16, 2002; 15 p.
4. **Bachir D, Virag R.** Priapisme drépanocytaire. In : Girot R, Bégué P, Galactéros F. *La drépanocytose*. Paris : Jonh Libbey Eurotext, 2003 ; 183-194.
5. **Bachir D, Virag R, Lee K, Bellay M, De Montalembert M, Denis L, et al.** Prévention et traitement des troubles érectiles de la drépanocytose. *Rev Med interne* 1997; 189(sup11): 46-51.
6. **Bertrand G.** La drépanocytose chez l'adulte en situation d'urgence .*Bull. Acad. Natle Med*, 2004; 188 (3) : 507-517.
7. **Boisseau G, Freyburger M F, Rondant-Lorient.** Conséquences microcirculatoires des perturbations hémorhéologiques. *Journal des maladies vasculaires* (Paris) Masson 1987; 12 : 127-130.
8. **Bondil P, Wespes A.** Anatomie et physiologie de l'érection. Rapport du 86^{ème} congrès de l'AFU. *Prog Urol*, 1992; 2.
9. **Bouya P A, Iomina D.** Prise en charge du priapisme. A propos de 32 cas. In : *Méd d'Afr Noire*. 2005; 5209:453-456.
10. **Brock G, Breza J, Lue T F, Tanagho E A.** High flow priapism: a spectrum of disease. *J urol*, 1993; 150: 968-971.
11. **Buchnan G R, Debaun M R, Quinn C T, Steinberg M H.** sickle cell disease. *Hematology: Am Soc Hematol Educ Program*, 2004; 35-47.
12. **Chinegwundoh F, Anie K.** Treatments for priapism in boys and men with sickle cell disease. *Cochrane Database Syst. Rev*; 2004; CD 004198.
13. **Ciampalini S, Savoca G, Buttazzi L, Gattucio I, Mucelli F P, Bertolotto M, De Stefani S, Belgrano E.** High Flow priapism: Treatment and long-term follow up-urology 2002; 59:110-113.
14. **Dahm P, Rao D S, Donatucci C F.** Antiandrogens in the treatment of priapism. *Urology*, 2002; 59: 138.
15. **Dekou A, Ouegnin G A, Konan P G, Kouame B, Manzan K.** Les étiologies et facteurs de risque du priapisme à partir d'une série colligée dans le service d'urologie du CHU de Cocody à Abidjan. *Rev Int SC Med* 2006; 8 (3) : 27-30.

16. **Delamare J.** Garnier Delamare Dictionnaire Illustre des Termes de Médecine, Paris, Edition Maloine, 2004 ; 28 : 711p.
17. **Diagne I, Diagne-Gueye N D R, Signate-Sy H, Camara B, Lopez-Sall Ph, Diack-M'Baye A, Sarr M, Ba M, Sow H D, Kuakuvi N.** Prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant en Afrique: expérience de la cohorte de l'Hôpital d'enfants Albert Royer de Dakar. Med Trop 2003; 63: 513-520 .
18. **Diallo D.** Les urgences chez l'adulte dans le service d'Hématologie oncologie médicale de l'hôpital du Point G, Bamako en 2004 et 2005. 3^{ème} conférence internationale de l'OILD, Dakar, 23 novembre 2006.
19. **Diallo D.** La drépanocytose en Afrique : problématique, stratégies pour une amélioration de la survie et de la qualité de vie du drépanocytaire. Bull Acad Natle Med 2008 ; 192(7) : 1361-1373.
20. **Diallo D.** La drépanocytose au Mali en 2002. Mali Médical 2002 ; XVII(02) : 37-43.
21. **DICKO F C.** Réflexion sur les complications chroniques dégénératives de la drépanocytose .Thèse Med 1999 ; Bamako, 3.
22. **Elira-Dokekias A.** Etude analytique des facteurs d'aggravation de la maladie drépanocytaire au Congo. Med d'Afr Noire 1996; 43(5): 282-285.
23. **Eloundou O R C.** Prise en charge de la crise douloureuse drépanocytaire selon les critères de l'OMS. Une étude en milieu hospitalier pédiatrique à Libreville. Thèse Med 2002; Bamako, 32
24. **Emond A M, Holman R, Hayes R J, Serjeant G R.** Priapism and impotence in homozygous sickle cell disease. Ach. Intern. Med Nov 1987; 11: 1434-1437.
25. **Falandry L.** Traitement chirurgical du priapisme par la ponction –drainage balanique à <<ciel ouvert>> sur 26 patients de race noire. Ann urol 2001; 35: 172-7.
26. **Falandry L, Berlizot P, Fournier R, Mechali P, Thuret R, Palascak R, Houlgatte A.** Traitement chirurgical du priapisme: expérience de 56 cas en milieu africain. Rev Med trop 2000; 60 :170-74.
27. **Fofana R T.** Prise en charge de la drépanocytose chez les enfants de 0 à 15 ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 2002; 76
28. **Galacteros F.** Drépanocytose. Encyclopédie orphanet. Février 2000 ; 1-5.

29. **Gbadoe A D, Geraldo A, Guedenon K, koffi S, Agbetiafa K, Akpako P.** Priapisme intermittent chronique chez l'enfant drépanocytaire homozygote au Togo. Arch Pédiat 2007; 14: 861-863.
30. **Gbadoe A D, Koffi S, Akakpo-Maxwell O et coll.** Prise en charge du priapisme drépanocytaire par les alpha stimulants. Cahiers Santé 2002 ; 12 :343-347.
31. **Gentilini M, Caumes E, Danis M, Mouchet J, Duflo B, Lagardere B, Richard-Leonoble D, Brukre G.** Hémoglobins In : les anémies tropicales. Med. Trop. Flammarion, Paris 1993 ; 513-31.
32. **Gimbergues P, Raynaud F, Ravel A, Perez N, Guy L, Boiteux J-P, Boyer L.** Traitement par embolisation artérielle percutanée d'un priapisme post traumatique chez un enfant. Progrès en urologie 1998; 8: 258-261.
33. **Giroit R.** Thalassémie, drépanocytose. Rev Prat (Paris) 1999; 49: 667-674.
34. **Giroit R.** Prise en charge d'un enfant drépanocytaire. Pédiatrie 1990; 45 : 437-440.
35. **Giuliano F, Rampin O.** Neural control of érection. Physiol. Behav 2004; 83: 189-201.
36. **Godeau B.** Prise en charge des syndromes drépanocytaires majeurs. Le point de vue de l'interniste. Bull Soc Pathol exot 2001; 94(2) : 90-91.
37. **Godeau B, Noel V, Habibi A, schaeffer A, Bachir D, Galacteros F.** La drépanocytose chez l'adulte : quelle urgence pour l'interniste ? Rev Med Interne 2001 ; 22: 440-51.
38. **Granda H, Gispert S.** Cuban program for prevention of sickle cell disease. Lancet 1991; 337(8734): 152-153.
39. **Hakim L S, Kulaksizoglu H, Mulligan R, Greenfield A, Golstein I.** Evolving concepts in the diagnosis and traitement of arterial high flow priapism. J. urol 1996; 155: 541-548.
40. **Ilkay A K, Levine L A.** Conservative management of high-flow priapism. Urology 1995; 46: 419-424.
41. **Kabbaj H.** Le priapisme. Service d'urologie. CHU Mondor. [http : //urologie-chu-mondor.aphp.fr/enseignement/externe/priapisme.pdf](http://urologie-chu-mondor.aphp.fr/enseignement/externe/priapisme.pdf).25-02-2009.
42. **Latoundji S, Ahlonsou G.M, Anani L, Zohoun L.** Priapisme drépanocytaire au Benin. Med Afr Noire 1992; 39(2): 122-126.
43. **Le Turdu- Chicot C, Foucan L, Etienne-Julan M, leborgne-Samuel Y, Fanhan R, Berchel C.** Analyse des hospitalisations chez des patients drépanocytaires adultes en Guadeloupe. Rev Med Int 2000; 21: 24-9.

- 44. Lelong M, Kaddari F, Paulin C, Sancho J, Cailliez M.** Intérêt de l'étude du gène beta globine dans le dépistage des hémoglobinopathies. *Immuno-analyse et Biologie spécialisée* 2003; 18: 260-263.
- 45. Levine L A, Guss S P.** Gonadotropin-releasing hormone analogues in the traitement of sickle cell anemia-associated priapism. *J. Urol* 1993; 150: 475-477.
- 46. Lopez L, Soyeur L, Pariente J L, Grenier N, Le Guillou M, Ferriere J M.** Priapisme post traumatique a haut débit chez un adolescent. *Prog. Urol* 2004; 14: 234-236.
- 47. Marieb E N.** Anatomie et physiologie humaines. Renouveau pédagogique inc. Pearson éducation, 2005; 6: 1099-1102.
- 48. Puppo P, Belgrano E, Germinale F, Bottino P, Guiliani L.** Angiographic Treatment of high-flow priapism. *Eur Urol* 1985; 11: 397-400.
- 49. Ramos C E, Park J S, Ritchey M L, Benson G S.** High flow priapism associated with sickle cell disease. *J. Urol* 1995; 153:1619-1621.
- 50. Roupret M, Beley S, Traxer O, kirsch-Noir F, Jouannet P, Jardin A, Thiounn N.** Prise en charge du priapisme chez les patients drépanocytaires. *Prog-Urol* 2005 ; 15: 392-397.
- 51. SadeGhi-Nejad H, Dogra V, Seftel A D, Mohamed M A.** Priapism. *Radiol. Clin. North Am* 2004; 42: 427-443.
- 52. Santin A.** Prise en charge d'un patient drépanocytaire aux urgences. *Conf Med SFMU LC* 2003; 8: 1-12.
- 53. Serjeant G R, De Ceulaer K, Maude G H.** Stilboestrol and stuttering priapism in homozygous sickle-cell disease. *Lancet* 1985; 2: 1274-1276.
- 54. Shah A, Parashar K, Chandran H.** Pédiatric priapism-treatment conundrum. *Pédiatr Surg Int* 2004; 20(10): 806-808.
- 55. Virag R, Bachir D, Driss F, Richard C, Galacteros F.** Priapisme drépanocytaire. Prévention et traitement des séquelles. Premières rencontres francophones vasculaires, Franco-maghrébines et panafricaines de la SFA. Marrakech Mai 2006 :13 p.

XI. Annexes**Fiche d'enquête du cas****1) Identification du Cas**

Dossier N° /_/_/_/

Date de naissance /_/_/_/_/_/ ou Age/_/_/ (ans)

Secteur d'activité.....

Résidence.....

Appartenance ethnique :.....

Motif de consultation :.....

Date de consultation.....

Date d'hospitalisation.....

Date de sortie.....

Diagnostic de sortie.....

Statut matrimonial: Marié /_/ Divorcé /_/ veuf /_/ célibataire /_/

2) Antécédents-Formule hémoglobinique : SS /_/ , S/ β /_/ , SC /_/ , Autre /_/.%A₁ : /_/_/ , /_/ ; % S : /_/_/ , /_/ ; %A₂ : /_/_/ , /_/ ; %F :
/_/_/ , /_/ ; %C : /_/_/

-Phénotype érythrocytaire:_____

-Groupe ABO/Rh:_____

-Vaccins reçus:

Haemophilus : OUI /_/ , NON /_/ , N D/_/

Pneumocoque : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Méningocoque : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Thyphim Vi : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Hépatite B : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Diphthérie : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Poliomyélite : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Coqueluche : OUI/_/ , NON /_/ , N D/_/

BCG : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

F jaune : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Rougeole : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

Tétanos : OUI /_/ , NON/_/ , N D/_/

3) Priapisme :

-Type de priapisme

Intermittent : OUI /_/ , NON/_/

Aigu : OUI /_/ , NON/_/

-Nombre de manifestation :

Par jour : /_/

Par semaine : /_/

Par mois : /__/

Par an : /__/

-Moment de survenue : matin /__/, nuit /__/, autre /__/

-Première manifestation

Date :.....

Traitement effectué :.....

Durée de l'épisode :.....

-Manifestation actuelle

Début :.....

Délai de consultation :.....

Durée de l'épisode :.....

Traitement reçu :

-Temps de rémission :.....

4) Évolution :

-Sédation : OUI /__/, NON /__/

Temps de sédation après l'hospitalisation :.....

-Fonction de l'organe :

Asthénie : /__/

Infirmes : /__/

Perdue de vue : /__/

-Atteinte psychoaffectif OUI /__/ NON /__/

Si oui :

Non préoccupé : /__/

Préoccupé : /__/

Très préoccupé : /__/

5) Complications associées au priapisme :

-Infectieuses : OUI /__/ ; NON /__/

Nature :.....

-Osseuse ou ostéoarticulaire : OUI /__/ ; NON /__/

-Oculaire : OUI /__/ ; NON /__/

-Hépatobiliaire : OUI /__/ ; NON /__/

-Cardiaque : OUI /__/ ; NON /__/

-Cutanées : OUI /__/ ; NON /__/

-AVC : OUI /__/ ; NON /__/

-Splénique : OUI /__/ ; NON /__/

-Anémique : OUI /__/ ; NON /__/

-Hémolytique : OUI /__/ ; NON /__/

-Autre :

6) Para clinique**-Données biologiques à l'hospitalisation:****Hémogramme**

Dates				
GR ($10^{12}/l$)				
Hb (g/dl)				
VGM (fl)				
TCMH (pg/l)				
GB ($10^9/l$)				
PN ($10^9/l$)				
L ($10^9/l$)				
M ($10^9/l$)				
Plaquettes ($10^9/l$)				
Réticulocytes ($10^9/l$)				

Biochimie

Dates									

-Bactériologie Parasitologie :

Hémocultures : Positives /___/, Négatives /___/

Si positive, Germe isolé :.....

Examen cyto bactériologique des urines : Positif /___/,
Négatif /___/

Si positif, Germe isolé :

Examen parasitologique des selles (parasites, œufs, kystes) : Positif
/___/, Négatif/___/

Si positif, Germe isolé :.....

Examen cyto bactériologique d'autres prélèvements : Positif /___/,
Négatif/___/

Nature du prélèvement :.....

Si positif, Germe isolé :.....

Goutte épaisse : Positif /___/, Négatif/___/

-Imagerie :

Échographie :

Vésicule biliaire : normal /___/ ; anormal /___/

Rate: normal /___/ ; anormal /___/

Foie: normal /___/ ; anormal /___/

Tomodensitométrie cérébrale : normal /___/ ; anormal /___/

Radiographie :

Poumons : normal /___/ ; anormal /___/

Autre :

7) Traitements reçus :

-Réhydratation : OUI /___/ ; NON/___/

Alcalinisation : OUI /___/ ; NON/___/

Macromolécule : OUI /___/ ; NON/___/

-Transfusion : OUI /___/ ; NON/___/

Nombre d'unité de sang reçu :.....

Échange transfusionnel : OUI /___/ ; NON/___/

Nombre d'unité de sang reçu :.....

-Antibiothérapie : OUI /___/ ; NON/___/

Nature(s) :.....

Nombre :.....

Posologie :.....

Durée :.....

-Antalgique(s) : OUI /___/ ; NON/___/

Pallier :.....

Nombre :.....

Posologie :.....

-Antipyrétique : OUI /___/ ; NON/___/

Posologie :.....

Durée :.....

-Oxygénation : OUI/___/ ; NON/___/

Débit :.....

Durée :.....

-Etiléfrine : OUI/___ / ; NON/___/

Posologie :.....

Durée :.....

- Antiagrégant plaquettaire : OUI /___/ ; NON/___/

Posologie :.....

Durée :.....

- Zinc : OUI /__/ ; NON/__/
- Posologie :.....
- Durée :.....
- Acide folique : OUI /__/ ; NON/__/
- Posologie :.....
- Durée :.....
- Eau vichy : OUI /__/ ; NON/__/
- Posologie :.....
- Durée :.....
- Anti-inflammatoire non stéroïdien : OUI /__/ ; NON/__/
- Posologie :.....
- Durée :.....
- Antispasmodique : OUI /__/ ; NON/__/
- Posologie :.....
- Durée :.....
- Autre :
- Posologie :.....
- Durée :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Prénom: Hawa

Nom: TRAORE

Nationalité: Malienne

TITRE: Le Priapisme drépanocytaire dans le service d'Hématologie Oncologie Médicale du CHU du Point G, Bamako, Mali : 18 cas.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako

Année universitaire : 2009-2010

Secteur d'intérêt: Hématologie et Santé publique

Résumé

Notre étude dont l'objet était d'étudier les aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs du priapisme drépanocytaire, porte sur 18 cas observés dans le service d'HOM du CHU du Point G de janvier 2004 à décembre 2008.

Ces 18 cas représentent 5,9% des complications chez les drépanocytaires ; la complication est observée chez des sujets âgés de 7 à 37 ans ayant un phénotype SS (15 cas), SC (2 cas) et S β thalassémie (1 cas).

Le priapisme était aigu dans 50% des cas avec un délai de consultation long, le plus souvent supérieur à 24 heures ; il a un retentissement fonctionnel et psychologique important; sa survenue est le plus souvent nocturne.

Le priapisme survient chez des drépanocytaires qui ont des taux d'hémoglobine et d'hématocrite le plus souvent dans les limites des taux de base habituels, des globules blancs et des plaquettes élevés.

Ces données permettent de conclure que le priapisme drépanocytaire n'est probablement pas une complication rare parmi les urgences drépanocytaires au Mali, que son mécanisme relèverait plus des vasoocclusions favorisées par des phénomènes d'hyperviscosité et d'adhérence cellulaire à l'endothélium vasculaire. La nécessité d'études prospectives analytiques pour identifier les facteurs favorisant le priapisme drépanocytaire afin de bâtir les meilleures stratégies de sa prévention au Mali se pose à cet effet.

Mots clés : drépanocytose, priapisme, 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 leurs pères.

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 !