



Prise en charge du priapisme ischémique à l'Hôpital National de Zinder.

Management of ischaemic priapism at Zinder National Hospital.

Halidou M^{1*}, Georges Thomas A¹, Kodo A³, Habou O⁴, Adamou H⁵.

Mots-clés

Priapisme,
drépanocytose,
aphrodisiaques,
ponction des corps
caverneux.

Résumé

Introduction : le priapisme ischémique est une urgence andrologique peu fréquente avec comme principales étiologies la drépanocytose et l'abus des substances aphrodisiaques. Le traitement vise une détumescence rapide par l'administration intra caverneuse de drogue alpha stimulante associée selon les cas à une dérivation caverno-spongieuse. L'objectif de ce travail était d'étudier la prise en charge du priapisme ischémique à l'Hôpital National de Zinder.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant de Janvier 2015 à Juin 2023. Etaient inclus dans l'étude tous les patients admis aux urgences de l'Hôpital National de Zinder (HNZ) pour priapisme et ayant bénéficié d'un traitement. Le nombre d'épisodes par patient n'a pas été considéré dans cette étude.

Résultats : Au total 22 patients étaient colligés avec un âge médian de 23,86 ans (7 ans et 53 ans). Le délai moyen avant la consultation était de 23,31 heures (extrêmes 3 heures et 82 heures) et plus de 63% étaient admis avant la 10^{ème} heure. Les principales étiologies étaient la drépanocytose avec 59,10% (n=13), les aphrodisiaques 31,82% (n=7), idiopathiques 9,10% (n=2). Tous les patients avaient bénéficié d'une ponction lavage des corps caverneux (PLCC) associée à une injection intra caverneuse d'Etiléfrine. La détumescence était complète dans 82% (n= 18) des cas et incomplète dans 18% (n= 4) des cas. Après un recul de 6 mois 13,63% (n=3) avaient présenté une dysfonction érectile sévère

Conclusion : La drépanocytose et les drogues érectogènes en sont les principales causes de priapisme dans notre étude. La ponction lavage des corps caverneux associée à l'injection intra caverneuse de drogue alpha stimulante donne de bons résultats avant soixante-douze heures.

Keywords

Priapism, sickle
cell disease,
aphrodisiacs,
corpus
cavernosum
puncture.

Abstract

Introduction: ischaemic priapism is an uncommon andrological emergency, the main etiologies being sickle cell disease and abuse of aphrodisiac substances. Treatment aims to achieve rapid detumescence by intra-cavernosal administration of an alpha-stimulant drug, sometimes combined with cavernospongiosal shunting. The aim of this study is to present our experience in the management of ischaemic priapism.

Material and method: This was a retrospective descriptive study from January 2015 to June 2023, including all patients admitted to the emergency department of the National Hospital of Zinder (HNZ) for priapism who had received treatment. The number of episodes per patient was not considered in this study.

Results: A total of 22 patients were enrolled with a median age of 23.86 years (7-53 years).

The mean time to consultation was 23.31 hours (extremes 3 hours and 82 hours) and more than 63% were admitted before the 10th hour. The main etiologies were sickle cell disease (59.10%, n=13), aphrodisiacs (31.82%, n=7) and idiopathic disorders (9.10%, n=2). All patients had undergone cavernous body lavage with intra cavernous injection of Etilerfrine. Detumescence was complete in 82% (n=18) of cases and incomplete in 18% (n=4).

Conclusion: Sickle cell disease and erectogenic drugs are the main causes of priapism in our study. Puncture and cleaning with saline of the corpora cavernosa combined with intracavernosal injection of alpha-stimulant drugs gave good results within 72 hours.

Introduction

Le priapisme est une urgence uro-andrologique caractérisée par une érection douloureuse et irréductible qui dure plus de quatre (4) heures après la stimulation sexuelle et l'orgasme, ou qui est survenue en dehors de toute stimulation sexuelle [1-3]. Il existe 3 types de priapismes : le priapisme ischémique (de stase ou priapisme veineux) le plus fréquent représentant 95% des cas, le priapisme artériel (à haut débit ou artériel) et le priapisme intermittent [4,5]. Le diagnostic du priapisme de stase est clinique basé sur l'examen physique qui retrouve des corps caverneux tendus et un gland mou [6]. La principale étiologie retrouvée dans la race noire est la drépanocytose [7-10]. C'est une l'hémoglobinopathie la plus fréquente dont l'incidence globale est estimée à 0,5- 1,5/100.000 habitants dans la population générale. Le priapisme est retrouvé dans 3,6% des cas chez les drépanocytaires [4,11]. L'évolution de cette urgence sans traitement après 24 heures peut se solder par des séquelles, dont la dysfonction érectile [5]. Le traitement peut être médical ou médico-chirurgical, comprenant un traitement médical basé sur une injection intra caverneuse (I.I.C) d'alpha stimulant ou associé à une dérivation caverno-spongieuse [10-13]. A Zinder au Niger aucune étude n'avait été consacrée au priapisme. L'objectif de ce travail était d'étudier la prise en charge du priapisme ischémique à l'Hôpital National de Zinder (HNZ).

Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 22 patients admis pour priapisme aux urgences de l'Hôpital National de Zinder (HNZ) de Janvier 2015 à Juin 2023. Etaient inclus dans l'étude tous les patients admis pour priapisme et ayant bénéficié d'un traitement. Un seul épisode par patient est considéré dans cette étude. Les variables étudiées sont : l'âge, le délai de consultation, l'étiologie, le résultat du traitement. Les données étaient obtenues à partir des registres des urgences, et des dossiers d'hospitalisation en urologie.

Chez tous les patients inclus, l'aspect clinique du priapisme était retrouvé à l'examen physique dont les corps caverneux tendus et un gland mou (**figure 1**).

L'enregistrement des données était fait avec le logiciel Excel 2016 et l'analyse statistique avec Epi-Info 7.2.5.

Affiliations :

1. Service d'urologie HNZ département de chirurgie université de Zinder
2. Service de pédiatrie HNZ département de médecine université de Zinder
3. Service d'urologie HNZ
4. Service de chirurgie pédiatrie HNZ département de chirurgie université de Zinder
5. Service de chirurgie viscérale HNZ département de chirurgie université de Zinder

*Auteur correspondant : Halidou Maazou, email : halidou3@yahoo.fr



Figure 1: Verge tendue au maximum(A); gland mou (B)

Résultats

Au total 22 patients étaient colligés. L'âge médian des patients était de 23,86 ans avec des extrêmes allant de 7 à 53 ans).

Le délai moyen avant la consultation était de 23,31 heures (extrêmes 3 et 82 heures) et plus de 63% étaient admis avant la 10^{ème} heure (**Tableau I**). Les principales étiologies étaient la drépanocytose (59,10% n=13), les aphrodisiaques (31,82% n=7), idiopathiques (9,10% n=2).

Tableau I : délai d'évolution avant la prise en charge

Délai avant la consultation	n	%
≤ 3h	4	18,20
[4-12h]	6	27,30
] 12-24h]	2	9,10
] 24-36h]	4	18,20
] 36-48h]	2	9,10
] 48-72h]	3	13,60
] 72-82h]	1	4,50
Total	22	100

Tous les patients avaient bénéficié d'une ponction lavage des corps caverneux associée à

une injection intra caverneuse d'Etilefrine. La détumescence était complète dans (82% n= 18) et incomplète dans (18% n= 4) (**Figure 2**).



Figure 2: Ponction aspiration des corps caverneux

Evolution

La détumescence était obtenue dans tous les cas vus tôt après une ponction lavage des corps caverneux suivie d'une injection intra caverneuse d'Etilefrine. Après un recul de 6 mois, 13,63% (n=3) avaient présenté une dysfonction érectile sévère parmi les 4 patients ayant présenté une détumescence incomplète.

Discussion

Le priapisme est une urgence andrologique peu fréquente. On estime à 0,5 à 1,5/100 000 habitants dans le monde avec des disparités par région dont 0,3-0,5/100.000 habitants en

Finlande [14] et 6,5/100.000 aux USA [3]. La plupart des séries sous régionales rapportent une incidence annuelle comprise entre 2 et 9 cas par an [6,9,10,15,16]. Notre taux de 2,6 cas par an s'intègre aux statistiques sous-régionales, mais reste inférieur à celui de Habou et al à Niamey qui avait un taux de 9 cas par an, ceci s'expliquerait par la densité de la population plus forte à Niamey. Aussi Lamorde était le centre de prise en charge de cette pathologie par excellence.

L'âge médian dans cette série était de 23,86 ans extrêmes (7 et 53 ans). Il est proche de celui de Kane et Gbadoe qui étaient respectivement de 21,2 ans et 24,5ans, mais reste supérieur à celui de Kassogué 17ans et Habou qui avait 19ans [17,10]. Le priapisme est une pathologie de l'adolescent et de l'adulte sans que des raisons physiologiques soient clairement identifiées. Trois types de priapisme sont décrits ; le priapisme de stase dit veineux, le priapisme à haut débit dit artériel, et le priapisme intermittent qui est un priapisme veineux subaigu [3]. C'est le priapisme veineux qui représente la vraie urgence andrologique. Le mécanisme physiopathologique serait une anomalie de la détumescence par hypocontractilité du muscle lisse des corps caverneux associée à une viscosité du sang provoquant une stase veineuse.

La prolongation du blocage veineux entraîne une hypoxie et un œdème du muscle lisse. Il se produit un syndrome de loge du corps caverneux, qui à la longue aboutit à une fibrose et à la dysfonction érectile [18,19,3]. A partir de la 24^{ème} heure, l'évolution se fait vers une destruction progressive de l'endothélium sécréteur des médiateurs de l'érection [20,4,16]. Les principales étiologies étaient la drépanocytose et l'abus des substances érectogènes. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique noire et aux USA du fait de la drépanocytose plus fréquente dans la race noire [17,10,20,21]. En Afrique subsaharienne la prévalence de la drépanocytose est estimée à 10

à 30% [15], elle est la principale étiologie du priapisme ischémique chez Kane et al, Angoran, Habou et al dans respectivement 43%, 68,8%, 62,06%. Dans notre série (59,10% n=13) étaient drépanocytaires connus suivis et étaient informés de l'éventualité de cette complication. L'abus des produits érectogènes est une étiologie de plus en plus rapportée Angoran 10,88%, Palk et al 57,8%, et Sidhu et al 62%. Cette intoxication aux aphrodisiaques s'est accentuée depuis la vente libre du sildénafil. La consommation des films pornographiques a créé une angoisse de performance sexuelle chez les jeunes accentuant du coup le recours aux drogues érectogènes. Aussi il faut reconnaître que nos tradipraticiens ont inventé une multitude de cocktails puissants associant sildénafil, à des épices et des plantes locales.

Le délai de consultation était en moyenne de 23,31heures cependant plus de 63% étaient admis avant la 10^{ème} heure.

Le délai était plus court chez les enfants entre quatre (4) et douze (12) heures, par contre chez les adultes la pudeur et les appréhensions sociales retardent la consultation malgré la douleur et la gravité de l'affection. Cette constatation a été faite par Kane et al à Dakar [6]. Selon les recommandations actuelles, le traitement du priapisme ischémique repose sur la vidange des corps caverneux seule ou associée à l'IIC des drogues alpha stimulantes dans un premier temps (**figure 2**). Une dérivation caverno-spongieuse selon plusieurs techniques peut être envisagée en cas d'échec [2,4,5]. La détumescence était complète dans (82%) et incomplète dans 18% des cas dans cette étude.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de Habou et al qui avait une détumescence dans 51,72% Par contre Kassogué avait utilisé la ponction seule et avait 61% de réussite. Dans cette série de 6 mois après l'épisode priapique, 13,63% (n=3) avaient présenté une dysfonction érectile sévère parmi les 4 patients ayant présenté une détumescence incomplète.

Conclusion

Le priapisme dans sa forme ischémique est une urgence andrologique. La drépanocytose et les drogues érectogènes en sont les principales causes. La ponction lavage des corps caverneux associée à l'injection intra caverneuse de drogue alpha stimulante donne de bons résultats chez les patients pris en charge précocement.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

- 1- Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Louis R, Andrew C. Novick, Craig A Peter et al. Campbell-Walsh urology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
- 2- Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. J Sex Med 2010;7(1pt2):476–500
- 3- Droupy S, Giuliano F. Priapismes. Prog En Urol. juill 2013;23(9):638-46.
- 4- Salonia A, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Vardi Y, et al. European Association of Urology Guidelines on Priapism. Eur Urol. févr 2014;65(2):480-9.
- 5- Carnicelli D, Akakpo W. Le priapisme : diagnostic et prise en charge. Prog En Urol. nov 2018;28(14):772-6.
- 6- Kane R, Niang L, Berthe H, Ndiaye A, Diao B, Ndoye A, et al. Prise en charge du priapisme à Dakar. Basic Clin Androl. mars 2012;22(1):36-41.
- 7- Whyte N, Morrison-Blidgen B, Asnani M. Priapism in Sick Cell Disease: An Evaluation of the Knowledge of an at Risk Population in Jamaica. Sex Med. 1 juin 2021;9(3):100339-100339.
- 8- Upadhyay J, Dhabuwala CB, Perlmutter AD, Connor JP. Priapism associated with sickle cell remoglobinopathy in children: long-term effects on potency.
- 9- Dekou A, Ouegnin GA, Konan PG, 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. Rev Int Sc Méd 2006;8(3):27–30.
- 10- Habou O, Adamou H, Amadou Magagi I, Amadou S, Magagi A, Malam Bade A, et al. Prise en charge du priapisme ischémique aigu à l'Hôpital National de Lamordé de Niamey. Afr J Urol. déc 2017;23(4):338-41.
- 11- Gondran-Tellier B, André M, Baboudjian M, Lechevallier E, Boissier R. Le priapisme artériel. Prog En Urol - FMC. sept 2020;30(3):F77-80.
- 12- Bullock N, Steggall M, Brown G. Emergency Management of Priapism in the United Kingdom: A Survey of Current Practice. J Sex Med. 1 avr 2018;15(4):476-9.
- 13- Boissier R, Gondran-Tellier B, Lechevallier E. Le priapisme ischémique. Prog En Urol - FMC. déc 2020;30(4):F117-20.
- 14- Eland IA, van der Lei J, Stricker BHC, Sturkenboom MJCM. Incidence of priapism in the general population. Urology. mai 2001;57(5):970-2.
- 15- Bouya PA, Odzébé AWS, Koumou Moritoua RD, Elira Dokékias A. Priapisme aigu drépanocytaire: analyse de 20 cas traités au CHU de Brazzaville. Basic Clin Androl. mars 2011;21(1):34-7.
- 16- Gbadoe AD, Akakpo-Vidah A, Pitche P, Assimadi JK. Priapisme drepanocytaire: prise en charge par injections intracaverneuses d'étiléfrine.
- 17- Kassogué A, Coulibaly M, Ouattara Z, Diarra A, Tembely A, El MJ, et al. Aspects cliniques et thérapeutiques du priapisme au CHU Gabriel Touré: étude de 36 cas. Pan Afr Med J [Internet]. 2014 [cité 9 oct 2023];17. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/17/286/full/>
- 18- Burnett AL. Pathophysiology of Priapism: Dysregulatory Erection Physiology Thesis. J Urol. juill 2003;170(1):26-34.
- 19- Pryor J, Akkus E, Alter G, Jordan G, Lebreton T, Levine L, et al. Priapism. J Sex Med. 1 juill 2004;1(1):116-20.
- 20- Patel PM, Slovacek H, Pahouja G, Patel HD, Cao D, Emerson J, et al. Socioeconomic Disparities and Risk Factors in Patients Presenting With Ischemic Priapism: A Multi-Institutional Study. Urology. mai 2022;163:50-5.
- 21- Sidhu AS, Wayne GF, Kim BJ, Anderson AGS, Cordon BH, Caso JR, et al. The Hemodynamic Effects of Intracavernosal Phenylephrine for the Treatment of Ischemic Priapism. J Sex Med. 1 juill 2018 ;15(7):990-6.