

ETUDE DE L'INSUFFISANCE ERECTILE DANS UNE POPULATION D'HOMMES JEUNES ET SEXUELLEMENT ACTIFS AU BURKINA FASO

T. KAMBOU, B. ZANGO, C. FONGANG, I. SOMBIE, M. BAMBARA, B. DAO
Services d'Urologie et de Gynéco Obstétrique, CHU Sanou Souro et Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Objectif: Notre étude avait pour objectif de déterminer la prévalence de l'insuffisance érectile (IE) dans notre environnement et d'évaluer les connaissances et les attitudes des sujets qui en souffrent.

Méthodologie: Il s'agissait d'une enquête transversale sur six mois concernant des sujets âgés de 18 ans et plus du monde de travail, réalisée au cours d'une visite annuelle des travailleurs des entreprises de la place et de quelques fonctionnaires. Les sujets ayant accepté de participer à l'enquête (855 hommes), avaient à remplir deux questionnaires: la version à 5 items de l'International Index of Erectile Function (IIEF5), qui évalue la fonction érectile et, un questionnaire élaboré par nous même, dans le but d'évaluer les connaissances et les attitudes des enquêtés, vis à vis de l'IE. Les questionnaires ont ensuite été dépouillés et analysés sur micro ordinateur à l'aide du logiciel Epi info.

Résultats: Les 855 sujets qui ont participé à l'enquête représentaient 80% de tous ceux qui ont été sollicités. L'âge moyen des en-

quêtés était de $37,4 \pm 9,1$; plus des 2/3 (78%) étaient mariés et monogames dans 69%. La prévalence globale notée était de 47% et on a remarqué que celle-ci augmentait avec l'âge. Trois facteurs de risque ont été mis en exergue: l'âge, l'hypertension artérielle (HTA) et la maladie hémorroïdaire. Si l'âge et l'HTA sont des facteurs de risque classiques, la maladie hémorroïdaire l'est moins; par contre il a été beaucoup invoqué par de nombreux enquêtés. 93,2% des sujets interrogés seraient prêts à consulter pour IE, alors que seulement 3,8% l'avaient effectivement déjà fait.

Conclusion: L'insuffisance érectile s'est révélé comme un problème réel vécu dans notre environnement. Cependant nos résultats ne peuvent pas être généralisés et nous envisageons d'autres études, en population générale, qui nous permettraient de tirer des enseignements et de mieux organiser la prise en charge de ces patients.

Mots-clés: Insuffisance érectile, prévalence, connaissances, attitudes, Burkina Faso

INTRODUCTION

La première consultation internationale sur l'insuffisance érectile l'a définie comme étant l'incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour l'accomplissement d'un rapport sexuel. Le terme insuffisance érectile (IE) et son synonyme dysfonction érectile (DE) moins péjoratifs, plus expressifs de ce trouble sexuel ont remplacé alors le vocable impuissance jusqu'alors usité pour désigner l'incapacité totale ou partielle à réaliser l'acte sexuel¹. Si les facteurs étiologiques de la dysfonction érectile étaient bien connus de la communauté scientifique, celle-ci en ignorait la

prévalence tant étaient rares les études épidémiologiques représentatives en population générale. Ces dernières années, un certain nombre d'études ont été consacrées au problème à travers le monde tendant à montrer une prévalence assez élevée (allant de 11 à 52%).²⁻⁵

Au Burkina Faso, nous ne disposons d'aucune étude sur le sujet. Aussi, avons-nous entrepris cette étude, afin de contribuer à une meilleure connaissance de l'IE dans notre environnement, avec les objectifs suivants: (1) définir le profil épidémiologique des hommes qui en souffrent, (2) déterminer les prévalen-

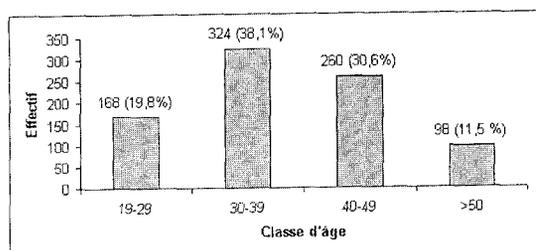


Fig. 1: Répartition des sujets selon les classes d'âge

ces globale et spécifiques de ce trouble sexuel dans une population d'hommes jeunes et sexuellement actifs et (3) étudier les connaissances et attitudes de ces hommes vis-à-vis de cette affection et de sa prise en charge thérapeutique.

PATIENTS ET METHODE

Notre étude est une enquête transversale qui s'est déroulée du 11 novembre 2002 au 4 avril 2003. Le choix de la population d'étude était un choix raisonné qui devait nous permettre d'avoir une population de taille importante, composée d'hommes sexuellement actifs et capables de remplir par eux mêmes les questionnaires proposés. Ainsi l'enquête a concerné des sujets de sexe masculin âgés de 18 ans et plus, travaillant dans les entreprises commerciales, industrielles et de service, de la ville de Bobo-Dioulasso, et de ce fait a exclu les hommes en retraite de plus de 60 ans. Elle s'est déroulée dans les infirmeries des entreprises affiliées à l'Office de Santé des Travailleurs (OST), à l'occasion de leur visite médicale périodique.

L'enquête s'est faite avec une équipe comprenant un étudiant de 7^{ème} année de médecine comme investigateur principal et deux infirmiers diplômés d'Etat parlant couramment les deux principales langues de la région (Dioula, Mooré). Cette équipe s'est jointe à celle de l'OST chargée de la visite annuelle des travailleurs et a mené l'enquête tout en participant à la visite.

L'enquête a comporté deux volets : d'une part l'évaluation de la fonction érectile, qui s'est intéressée aux trois derniers mois précédant l'enquête et a utilisé la version à 5 items de l'International Index of Erectile Function (IIEF5)^{6,7}, d'autre part l'évaluation des connaissances et attitudes des enquêtés par

Tableau n° 1: Répartition des sujets souffrant d'IE en fonction de leur profession

Profession	Effectifs	%
Manœuvres	85	10,0%
Employés de bureau	62	7,4%
Ouvriers qualifiés	303	36,0%
Agents de maîtrise	307	36,4%
Cadres	86	10,2%
Total	843	100%

rapport à l'insuffisance érectile qui a utilisé un questionnaire semi structuré confectionné par nos soins. Les questionnaires étaient anonymes et devaient être soit rempli par l'enquêté lui même soit avec l'aide d'un membre de l'équipe

Les données ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 6.04. Nous avons réalisé une analyse des différentes variables et les tests statistiques ont été considérés comme significatifs au seuil de $p < 0,05$.

RESULTATS

Pendant la période d'étude 1068 hommes âgés de 18 ans et plus ont été vus pour la visite médicale annuelle, 855 d'entre eux ont accepté de participer à l'étude soit un taux de participation de 80%.

Caractéristiques des sujets

Aspects socio-démographiques

L'âge a été précisé chez 850 sujets (99,4%) donnant un âge moyen de $37,47 \pm 9,1$ ans avec des extrêmes de 19 et 61 ans (Fig.1).

Le statut matrimonial a été précisé par 828 sujets (97%), et la répartition était la suivante: mariés: 603 (73%), célibataires: 208 (25%), séparés et veufs: 17 (2%). Les sujets mariés étaient majoritairement monogames (69%).

Le niveau d'instruction a été précisé par 833 sondés (97,4%) et se répartissait de la façon suivante: 451 sujets (54,1%) de niveau secondaire, 165 (19,8%) de niveau primaire,

Tableau n° 2: Répartition des tares en fonction de leur prévalence dans l'échantillon

Tares	Effectifs	%
Hémorroïde	141	16,5%
Hypertension artérielle	40	4,7%
Ulcère gastroduodénal	51	6,0%
Cardiopathie	22	2,6%
Drépanocytose	23	2,7%
Asthme	11	1,3%
Dépression mentale	7	0,8%
Diabète	3	0,3%
SIDA	2	0,2%

123 (14,8%) non scolarisés, 94 (11,3%) de niveau supérieur.

La profession a été mentionnée par 843 (98,5%) sujets et on a noté une prédominance des ouvriers qualifiés (36%) et des agents de maîtrise (36,4%) alors que les cadres, les employés de bureau et les manœuvres représentaient respectivement 10,2%, 7,4 % et 10% de l'effectif total. (Tableau n° 1)

L'appartenance religieuse a été mentionnée par 849 (99,2%) sujets. Les musulmans (58%) et les catholiques (34,6%) étaient de loin les plus représentés.

Antécédents médicochirurgicaux.

Un tiers des sujets (32,6%) ont déclaré souffrir d'une maladie chronique. Deux cent trente et un sujets soit 27% avaient un antécédent de traumatismes divers sans réelle gravité; 79 sujets (9,2%) avaient déjà été opérés dont cinq interventions sur le rachis (hernie discale) mais aucune intervention vasculaire. (Tableau n° 2)

Mode de vie.

Aucun cas d'alcoolisme avéré n'a été noté. Nous avons retrouvé 330 sujets (38,6%) qui ont déclaré consommer l'alcool mais il s'agit tous de consommateurs occasionnels.

L'intoxication tabagique était présente chez 201 sujets (23,5%) parmi lesquels 66 (36,7%) consommaient entre 1et 5 paquets années.

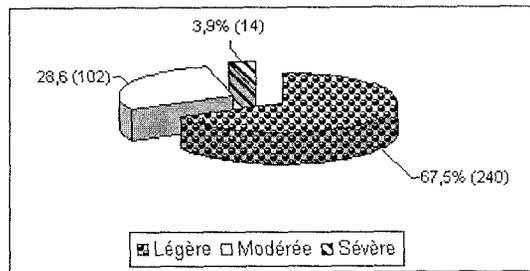


Fig. 2: Distribution de l'insuffisance érectile selon son degré de sévérité

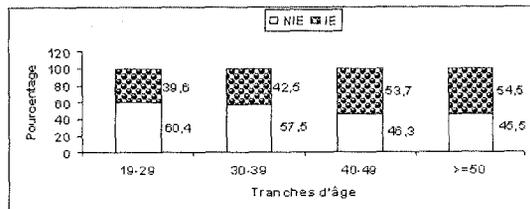


Fig. 3: Distribution de la prévalence de l'IE selon l'âge

Etude de la fonction érectile

Parmi les sujets interrogés, 757 (88,5%) avaient eu une activité sexuelle régulière au cours des trois derniers mois.

En utilisant le questionnaire l'IIEF5, 356 sujets avaient un score inférieur ou égal à 20 et étaient donc insuffisants érectiles (IE), soit une prévalence globale de 47%. Parmi les 356 sujets considérés insuffisants érectiles, 240 (67,5%) présentaient une IE légère (Fig. 2).

La prévalence de l'IE augmente avec l'âge, passant de 39,6% pour les sujets de la tranche 19-29 ans à 54,5% pour ceux âgés de 50 ans et plus. Cette augmentation est statistiquement significative : khi 2 =11,78 et p< 0,01. (Fig.3)

La figure 4 nous donne la distribution de l'insuffisance érectile selon l'âge et le degré de sévérité de l'insuffisance érectile. La sévérité de l'IE en fonction des tranches d'âges ne présentait pas de différences significatives (p= 0,056).

La répartition des prévalences selon la profession est représentée sur la Figure 5. Les différences observées entre les prévalences selon la profession n'étaient pas statistiquement significatives (khi = 5,58 et p = 0,23).

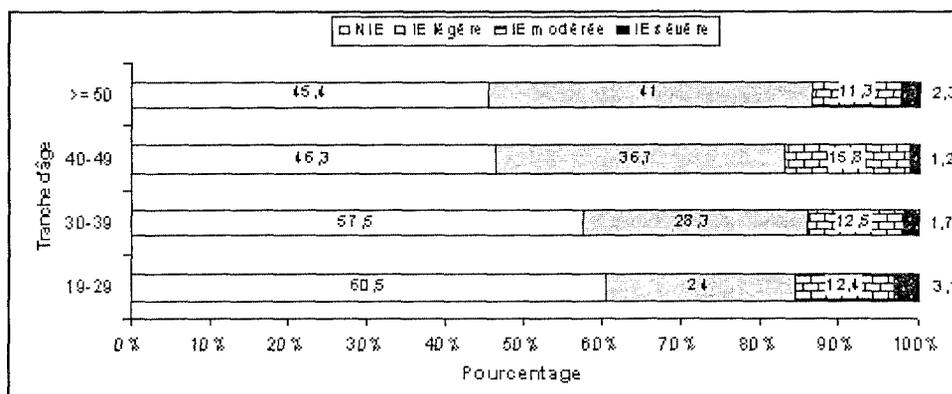


Fig. 4: Distribution de l'IE selon l'âge de l'homme et le degré de l'IE

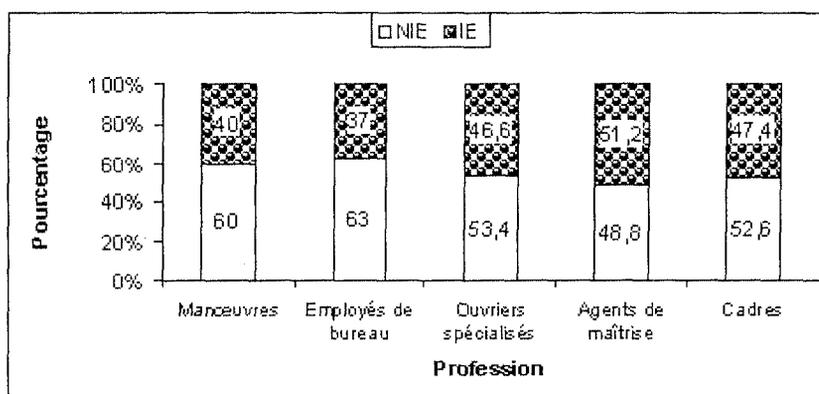


Fig. 5: Distribution de l'IE selon la profession

Etude des facteurs de risque

Un certain nombre de facteurs favorisants ou supposés tels ont été analysés. Pour chaque facteur, nous avons comparé la proportion de l'insuffisance érectile dans la population qui le présentait à celle de la population indemne. Ceci nous a donné les résultats suivants :

La proportion des IE était statistiquement plus élevée chez les sujets hypertendus que chez les sujets non hypertendus ($khi = 5,85$ et $p = 0,015$). L'IE n'était corrélée ni à l'existence d'un diabète ($khi = 0,01$ et $p = 0,917$) ni à l'existence d'un antécédent de cardiopathie ($khi = 0,92$ et $p = 0,34$). Nous n'avons pas noté non plus de corrélation entre l'antécédent d'ulcère gastroduodénal (UGD) et l'IE ($khi = 2,66$ et $p = 0,13$). Cependant, l'IE était plus fréquente chez les sujets souffrant ou ayant souffert d'hémorroïde que dans le reste de

l'échantillon ($khi = 9,34$ et $p < 0,01$). La proportion des IE ne différait pas significativement dans le groupe des fumeurs par rapport aux non fumeurs ($khi = 0,01$ et $p = 0,91$), et nous n'avons pas noté de différence significative entre le groupe de consommateurs d'alcool et celui des non consommateurs ($khi = 0,01$ et $p = 0,99$).

Au total trois facteurs ont été identifiés comme significativement liés à l'IE (Tableau n° 3).

Connaissances et attitudes

Interrogés sur les causes de l'IE, les réponses suivantes ont été enregistrées (Tableau n° 4):

A la question "Pensez-vous que la médecine moderne peut soigner les troubles de

Tableau no 3: Résultat de l'analyse univariée des facteurs liés à l'IE

Facteurs	OR	IC à 95 %	P
<u>Age</u>			
19-29	1		
30-39	0,89	[0,57-1,38]	0,570
40-49	0,56	[0,36-0,89]	0,009
50 et +	0,54	[0,30-0,98]	0,029
<u>HTA</u>			
HTA -	1		
HTA +	2,34	[1,10-5,05]	0,015
<u>Hémorroïde</u>			
Hémorroïde -	1		
Hémorroïde +	1,80	[1,21-2,69]	0,002

Tableau n° 4: Répartition des causes d'IE évoquées par les enquêtés

Causes évoquées	Fréq	%
Je ne sais pas	332	38,8%
Une maladie	174	20,4%
L'hémorroïde	95	11,1%
Une IST	48	5,6%
Cause psychologique	115	13,4%
Le stress et/ou la fatigue	159	18,6%
Traumatisme/chirurgie	16	1,9%
Tabac/alcool/excitants	64	7,5%
L'âge avancé	22	2,6%
Une partenaire non désirée	33	3,4%
Fréquence des rapports sex	36	4,2%
Pauvreté / malnutrition	78	9,1%
C'est congénital	39	4,5%
Un sortilège	26	3,0%
Des médicaments	10	1,2%

l'érection ?", 210 sujets (28,4%) ont répondu « non » et 530 (71,6%) ont répondu « oui ».

A la question "Quelle médecine soigne mieux les troubles?", 88 (11,9%) ont jugé la médecine traditionnelle, et 276 (37,3%) la médecine moderne plus efficace, alors que 376 sujets (50,8%) ne pouvaient pas comparer les deux médecines.

A la question « Avez vous déjà consulté un médecin pour des troubles de l'érection? Ou, pourriez vous le faire le cas échéant? », 26 sujets (3,8%) ont répondu avoir déjà consulté un médecin et 93,2% des sujets consulterait un médecin le cas échéant.

Diverses raisons qui pourraient amener un sujet souffrant de troubles de l'érection, à ne pas consulter ont été avancées par les enquêtés (Tableau n° 5).

DISCUSSION

Biais et limites de l'étude.

Ils sont en rapport principalement avec la méthodologie:

- comme toute enquête se fondant sur l'interrogatoire d'individus, la nôtre n'a pu échapper aux classiques biais de déclaration des répondants; surtout que parfois, l'enquêteur a dû intervenir pour aider au remplissage du questionnaire.
- le choix d'une population d'étude qui d'une part appartenait exclusivement au monde du travail avec tout ce que cela comporte de stress et de difficultés diverses pouvant affecter l'activité sexuelle, et d'autre part excluait de ce fait les sujets de plus de 60 ans chez qui la dysfonction érectile est le plus souvent constatée, constitue une limite appréciation à notre étude.
- enfin il nous a été difficile de traduire certains termes techniques en langues locales au profit de ceux qui ne parlaient pas bien le français.

Le taux de participation à l'enquête

Le taux de participation de 80% que nous avons enregistré est très satisfaisant pour une enquête portant sur la sexualité, sujet réputé tabou. En guise de comparaison, Giuliano et coll.⁸ en France, ont rapporté un taux de participation globale de 20% bien que leur enquête fut téléphonique.

Il est à signaler l'enthousiasme et l'intérêt manifestés par les travailleurs lors de l'enquête. Nous pensons cependant que cette forte participation à l'enquête est très dépendante de la manière de visite médicale dans laquelle elle s'est déroulée. La présence du

Tableau n° 5: Répartition des raisons évoquées par les enquêtés pour ne pas consulter

Réponses	Nombre	Pourcentage %
Je ne sais pas	121	14,1
Aucune raison ne devrait empêcher	20	2,3
La honte, car le sexe est tabou	539	63,0
Ignorance que la médecine traite de tels troubles	118	13,8
Manque de moyens financiers	124	14,5
L'indifférence car l'IE ne constitue pas une gêne	13	1,5
Manque de confiance au médecin et peur de la divulgation du secret médical	114	13,3
Inefficacité des traitements proposés	11	1,3

personnel médical, outre l'autorité qu'elle inspire serait un gage de légitimité, de sérieux, de confidentialité et susciterait chez le répondant un espoir de prise en charge en cas de troubles.

La prévalence de l'insuffisance érectile

Notre taux de prévalence de 47% est proche de certaines études africaines. Ainsi Fatusi et coll.⁵ au Nigeria, en utilisant le même instrument de mesure (IIEF5), ont estimé la prévalence globale de l'IE à 43,8%, tandis qu'à Casablanca au Maroc, Berrada et coll.⁹ l'ont évaluée à 54%, en se servant cependant d'un questionnaire différent; enfin, Shaeer et coll.¹⁰ au Caire, ont rapporté une prévalence globale de 63,6% chez des hommes âgés de 35 à 70 ans.

Hors de l'Afrique, des auteurs ont rapporté des prévalences globales comparables à la nôtre: Moreira et coll. au Brésil (46,2%)³, Feldman et coll.² aux Etats Unis (52%) et Tan et coll.¹¹ à Singapour (51,3%). Par contre, l'étude iranienne de Safarinejad² qui a employé un questionnaire propre, a estimé à 18% la prévalence globale de l'IE dans un échantillon de 2674 hommes âgés de 20 à 70 ans. D'autres auteurs enfin, ont rapporté des prévalences globales compris entre 20 et 40%: Costa et coll.¹³ (25%) et Giuliano et coll.⁸ (31,6%) en France.

Dans notre étude, nous avons noté une prédominance des formes légères de l'IE. Ceci a déjà été signalé par plusieurs auteurs^{5,8,11}. Par contre, nous avons noté une prévalence d'IE sévère plus faible que tous ces auteurs,

en raison probablement d'un âge moyen plus bas de nos sujets.

Les facteurs associés à l'insuffisance érectile

Nous avons noté une augmentation régulière et statistiquement significative ($p < 0,05$) de la prévalence de l'IE avec l'âge. Cette corrélation entre l'âge et l'IE avait déjà été rapportée par plusieurs auteurs^{5,8,12,14}. Cependant le degré de sévérité n'est pas statistiquement lié à l'âge dans notre étude, contrairement aux résultats de la plupart des auteurs. Cette discordance serait également due à la relative jeunesse de nos hommes (61 ans pour le plus âgé).

Nos résultats ont montré une corrélation entre l'IE et l'hypertension artérielle (HTA) ($p < 0,05$). De nombreuses études ont rapporté cette corrélation entre l'IE et l'HTA^{3,4,9,11,12}. Par contre nous n'avons pas noté de corrélation entre l'IE et un antécédent de cardiopathie, contrairement à certains auteurs^{9,11,16,15}. Actuellement on admet l'existence d'une physiopathologie commune à l'IE (en particulier d'origine vasculaire) et aux maladies cardiovasculaires (notamment l'insuffisance coronarienne) tant sont similaires les facteurs de risque (dyslipidémie, diabète, obésité, sédentarité, tabagisme, alcool) des deux pathologies^{17,18,19}. La discordance avec nos résultats (concernant l'association entre l'IE et antécédent de cardiopathie) tiendrait au fait que certains de nos sujets ignoraient peut être leur pathologie.

Dans notre étude, l'IE était associée à la maladie hémorroïdaire ($p < 0,01$). A notre con-

naissance, aucune autre étude n'a rapporté une telle association. La croyance populaire dans notre pays reconnaît volontiers la maladie hémorroïdaire comme cause de l'IE; ceci a pu influencer les réponses des répondants. Des études ultérieures plus affinées sur la question pourraient confirmer ou infirmer cette corrélation.

Nos résultats n'ont pas trouvé de corrélation entre l'IE et le diabète contrairement à de nombreuses études^{4,9,10,11,12,16,20,21} confirmant ainsi l'impact des complications du diabète sur l'érection. Le faible nombre de diabétiques (trois) dans notre échantillon pourrait expliquer cette discordance. De plus certains répondants ignoraient certainement leur statut de diabétique.

Dans notre étude, l'IE n'était pas corrélée à la consommation d'alcool. A l'opposé, Abolfotouh et coll.²² ont rapporté une association significative entre la prévalence l'IE et la consommation d'alcool. A noter que nos sujets étaient tous des consommateurs occasionnels.

Nos résultats n'ont pas trouvé de corrélation entre l'IE et la consommation de tabac contrairement à certaines des études^{9,12,14,16}. Nous n'avons pas trouvé une explication à ce fait.

Les connaissances et attitudes.

Interrogés sur les étiologies possibles de l'IE, nos répondants ont évoqué 14 causes qui comprenaient toutes les étiologies scientifiquement attestées. En plus de ces causes scientifiquement reconnues, d'autres étiologies évoquées par les interviewés étaient discutables comme: la fréquence des rapports sexuels (4,2% des sujets), la qualité de la relation avec la partenaire (3,4% des sujets), le sortilège (3% des sujets) et un fait héréditaire (4,5% sujets).

Globalement nous pouvons estimer satisfaisantes les réponses de nos répondants même si 332 répondants (38,8%) avaient avoué leur ignorance concernant les causes de l'IE et que seuls 24 sujets avaient incriminé spécifiquement l'âge, sept les maladies cardiovasculaires et deux le diabète. Il s'agissait globalement d'une connaissance imprécise.

Il est satisfaisant de découvrir que les deux tiers des répondants étaient au courant des possibilités thérapeutiques modernes. Le fait

que seulement 11,9% des sujets ont jugé la médecine moderne plus efficace confirme qu'il existe encore dans notre environnement socioculturel, aux côtés de la médecine moderne, une médecine traditionnelle à laquelle la plupart des gens ont d'abord recours, pour leurs problèmes de santé y compris les troubles de la sexualité.

Si 640 sujets (93,2%) avaient déclaré leur disponibilité à consulter, seuls 26 (3%) avaient déjà consulté un médecin, et 21 autres (2,5%) avaient déclarés ne pas être prêt à le faire. Modebe⁴ rapporte que sur un total de 227 patients reçus en consultation externe, seuls 13 patients (5,7%) avaient consulté le centre hospitalier avec pour unique motif les troubles de l'érection. Costa et coll.¹³ ont rapporté un effectif de 1199 hommes soit 94% d'IE qui s'étaient dits disponibles à consulter en cas de troubles de l'érection, pour 283 soit 22,2% qui avaient effectivement consulté pour leurs troubles. Giuliano et coll.⁸ ont rapporté un total de 78 hommes (25%) qui avaient déjà consulté un médecin pour troubles de l'érection, pour 140 autres (44%) qui étaient opposés à la consultation. Ces constats confirment le tabou qui continue de peser sur la sexualité et qui entrave la prise en charge adéquate de ses troubles.

Notre étude a révélé l'IE comme un problème réel vécu par les hommes à Bobo-Dioulasso, et ils acceptent d'en parler même s'il subsiste beaucoup de tabous. Cependant, ce travail préliminaire comporte beaucoup d'insuffisances, du fait qu'il n'a concerné que le milieu urbain et professionnel et des études en population générale sont indispensables pour mieux appréhender l'ampleur du problème dans notre pays et son retentissement sur la qualité de vie des intéressés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano I, Padma-Nathan H, Rosen R. First consultation on erectile dysfunction, July 1-3, 1999, Paris. Health Publication Ltd., 2000.
2. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinley JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994, 151:54.
3. Moreira ED Jr, Abdo CH, Torres EB, Lobo CF, Fittipaldi JA. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology* 2001, 58:583.

4. Mobede O. Erectile failure among medical clinic patients. *Afr J Med Sci* 1990, 19:259.
5. Fatusi AO, Ijadunola KT, Ojofeitimi EO *et al.* Assessment of andropause awareness and erectile dysfunction among married men in Ile-Ife, Nigeria. *Aging Male* 2003, 6:79.
6. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick , Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile function. *Urology* 1997, 49:822.
7. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena M. Development and evaluation of an abridged 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999, 11:319.
8. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, Reitz C, Murino M, Thonneau P. Prévalence de l'insuffisance érectile en France: résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentative de 1004 hommes. *Prog Urol* 2002, 12:260.
9. Berrada S, Kadri N, Mechakra-Tahiri S, Nejari C. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates: a population-based study in Morocco. *Int J Impot Res* 2003, 15:S3.
10. Sheear KZ, Osegbe DN, Siddiqui SH, Razzaque A, Glasser DB, Jaguste V. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates among men attending primary care clinic in three countries: Pakistan, Egypt and Nigeria. *Int J Impot Res* 2003, 15:S8.
11. Tan JK, Hong CY, Png DJ, Liew LC, Wong ML. Erectile dysfunction in Singapore: prevalence and its associated factors – a population-based study. *Singapore Med J* 2003, 44:20.
12. Safarinejad MR. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in a population-based study in Iran. *Int J Impot Res* 2003, 15:246.
13. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Prog Urol* 2003, 13:85.
14. Nicolosi A, Glasser DB, Moreira ED, Villa M. Erectile Dysfunction Epidemiology Cross National Study Group. Prevalence of erectile dysfunction and associated factors among men without concomitant diseases: a population study. *Int J Impot Res* 2003, 15:253.
15. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA *et al.* Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Prev Med* 2000, 30:328.
16. Seyam RM, Albakry A, Ghobish A, Arif H, Dandash K, Rashwan H. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates in Egypt: a community-based study. *Int J Impot Res* 2003, 15:237.
17. Andersson K, Stief C. Penile erection and cardiac risk: pathophysiologic and pharmacologic mechanisms. *Am J Cardiol* 2000, 86:23F. Review.
18. Roumeguère T, Wespes E, Carpentier Y, Hoffmann P, Schulman CC. Erectile dysfunction is associated with a high prevalence of hyperlipidemia and coronary heart disease risk. *Eur Urol* 2003, 44:355.
19. Montorsi F, Briganti A, Salonia A *et al.* Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *Eur Urol* 2003, 44:360.
20. Gueye SM, Diop SN, Ba M *et al.* La dysérection chez le diabétique. Profil épidémiologique chez le diabétique au Sénégal. *Prog Urol* 1998, 8:377.
21. Seyoum B. Impotence in Ethiopian diabetic men. *East Afr Med J* 1998, 75:208.
22. Abolfotouh MA, Al-Helali NS. Effect of erectile dysfunction on quality of life. *East Mediterr Health J* 2001, 7:510.

ABSTRACT

Study of Erectile Dysfunction in a Population of Young and Sexually Active Men in Burkina Faso

Objective: This study was carried out among a young population of working men to determine the prevalence of erectile dysfunction (ED) in our environment and to evaluate the patients' knowledge about and attitude towards this problem. **Patients and Methods:** This study was based on a survey carried out on male subjects aged 18 and above over a period of six months. The survey was done during an annual medical check-up of men working in local companies and some civil servants. Those who agreed to participate in the investigation (855 men), had to complete two questionnaires: the 5-item questionnaire of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) evaluating the quality of erectile function and a questionnaire drawn up by our team with the aim of evaluating the participants' knowledge about and their attitude towards the problem of ED. The questionnaires were analyzed using the Epi info program. **Results:** The 855 subjects that took part in the investigation accounted for

80% of all men that had been asked to participate in the survey. The average age was $37,4 \pm 9,1$ years; more than two thirds of the participants (78%) were married and 69% were monogamous. The overall prevalence of ED was 47% and we noticed that it increased with age. Three risk factors were identified: age, arterial hypertension and hemorrhoidal disease. Age and arterial hypertension are classic risk factors for ED, while hemorrhoidal disease has so far not been considered as such. In our study, especially for the men interviewed, it has played an important role. 93,2% of the questioned subjects said that they would be ready to consult for ED, whereas in fact only 3,8% had taken medical advice. **Conclusion:** ED appears to be a real problem, also for younger men, in our environment. However the results of this study cannot be generalised, and we are planning to undertake other studies based on the general population which will allow us to draw more valid conclusions and to better organize treatment of these patient.

Tirés-à-part:

Dr. Timothée KAMBOU
Service d'Urologie
CHU Sanou Sourou
01 BP 676 Bobo-Dioulasso 01
Burkina Faso

tkambou@hotmail.com