

# Prise en charge du priapisme chez l’enfant et l’adulte jeune drépanocytaires

N.Scander,M.Terchi ,N. Zidani, H.Miloudi,N.Ferroudj, M.Bensadok, S.Nekkal

Service Hématologie et Banque de sang CHU Beni messous

## Introduction

Le priapisme est une complication urologique invalidante de la drépanocytose touchant surtout l’adolescent et l’adulte jeune. Il est défini par une érection prolongée >4h et douloureuse indépendante du désir sexuel. Sa forme ischémique (bas débit) représente plus de 95% des cas et constitue une urgence médicochirurgicale mettant en jeu le pronostic fonctionnel.

## Objectif de l’étude

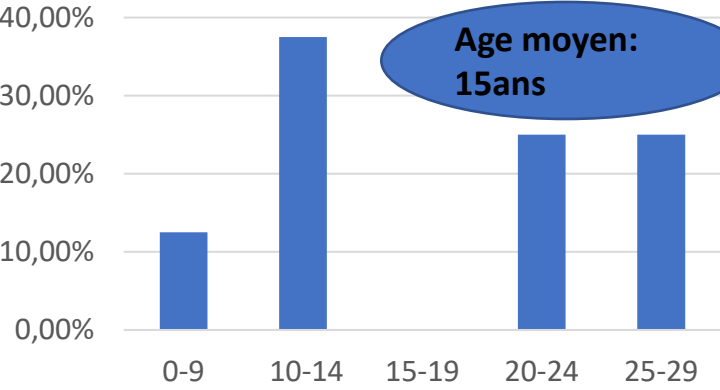
Décrire les caractéristiques épidémiologiques du priapisme chez les patients drépanocytaires et analyser les modalités de PEC appliquées en comparaison avec les recommandations de la littérature.

## Matériels et méthodes

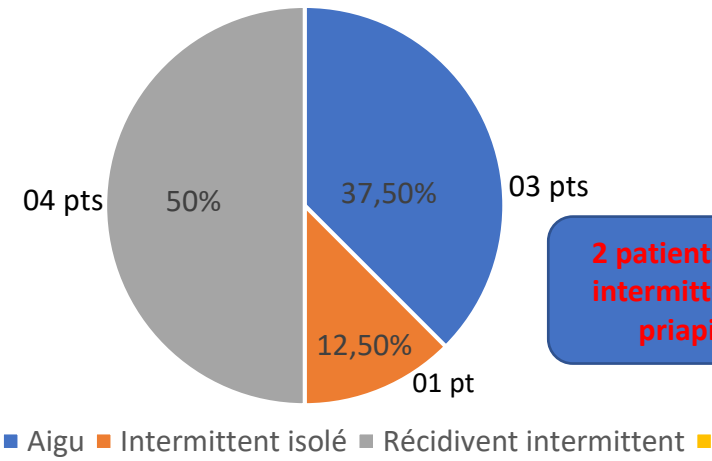
Il s’agit d’une étude rétrospective descriptive menée au sein de notre service d’hématologie incluant les patients drépanocytaires ayant présenté un priapisme ischémique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : âge, type du syndrome drépanocytaire, circonstances de découverte, caractéristiques des épisodes (durée, nombre), modalités thérapeutiques ( médicales, transfusionnelles, chirurgicales) et évolution.

## Résultats

Répartition selon la tranche d'âge



Répartition des formes de priapisme observées (n=8)

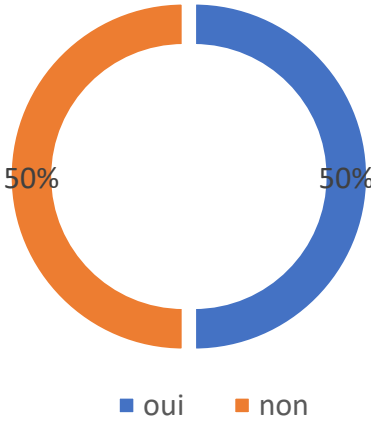


2 patients du groupe récidivant intermittent ont évolué vers un priapisme aigu prolongé

Traitement institué en urgence

Type de priapisme	Nombre de patients	Ponction évacuatrice	Shunt distal	Echange transfusionnel	Hydroxyurée	commentaires
Priapisme aigu>4h	3	1	1	3	3	Urgence urologique 2pts/3 avaient des ATCDS de priapisme récurrent.
Episode intermittent isolé	1	–	–	0	0	Episode transitoire résolutif spontanément sans intervention
Récidivant/récurrent	4	–	–	3	4	02 patients ont évolué vers un priapisme aigu.
Total	8	1	1	6	5	

Prévention secondaire par l’hydréa



## Commentaires

- La fréquence observée (5,1 %) dans notre série est cohérente avec la littérature : incidence entre 2 % et 35 % selon les populations (Adeyoju et al., BJU Int., 2002).
- L’atteinte prédomine chez l’adolescent et l’adulte jeune, ce qui correspond à la période d’activité androgénique maximale (Burnett et al., Nat Rev Urol., 2011).
- Les formes récidivantes intermittentes (“stuttering”) représentent une phase prodromique pouvant évoluer vers un priapisme aigu ischémique
- 2 patients ayant eu des épisodes de priapisme récurrents intermittents ont évolué vers un priapisme aigu ceci illustre la nécessité d’une prise en charge précoce dès les premiers épisodes.
- L’utilisation de l’hydroxyurée chez 62,5 % des patients s’inscrit dans la stratégie de prévention secondaire, recommandée pour stabiliser l’hémolyse et réduire la fréquence des épisodes (Anele et al., 2015).
- Le recours au shunt distal dans un cas montre une bonne coordination médico-chirurgicale, essentielle dans les formes prolongées > 6 h.
- 06 patients sur 08 (75%) ont bénéficié d’un échange transfusionnel , l’objectif est de maintenir un taux d’HBS<30%.

## Conclusion

Le priapisme bien que méconnu du grand public, demeure une complication grave de la drépanocytose responsable de séquelles fonctionnelles et psychologiques lourdes d’où l’importance d’un diagnostic précoce et d’une prise en charge multidisciplinaire sans oublier l’éducation et la communication avec les patients.

## Références

1. Burnett AL, Bivalacqua TJ. Priapism in sickle cell disease: epidemiology, pathophysiology and management. Nat Rev Urol. 2011;8(4):223-230.
2. Anele UA, Morrison BF, Burnett AL. Molecular pathophysiology of priapism: emerging targets. Curr Drug Targets. 2015;16(5):474-483.
3. Emond AM, Holman R, Hayes RJ, Serjeant GR. Priapism and impotence in homozygous sickle cell disease. Arch Intern Med. 1980;140(11):1434-1437.
4. Adeyoju AB, Olujohungbe AB, Morris J, et al. Priapism in sickle-cell disease; incidence, risk factors and complications — an international multicentre study. BJU Int. 2002;90(9):898-902.
5. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, et al. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. J Sex Med. 2010;7(1 Pt 2):476-500.
6. Champion HC, Bivalacqua TJ, Takimoto E, et al. Phosphodiesterase-5A dysregulation in penile erectile tissue is a mechanism of priapism. Proc Natl Acad Sci USA. 2005;102(5):1661-1666.
7. Donaldson JF, Rees RW, Steinbrecher HA. Priapism in children: a comprehensive review and clinical guideline. J Pediatr Urol. 2014;10(1):11-24.