

MALADIE DE LA PEYRONIE

G. TOBELEM, M. AMER, G.A. OUEGNIN*

RESUME

C'est une infection rare, bénigne, dont la pathogénie est soumise à différentes hypothèses non élucidées. Elle se caractérise par une infiltration fibreuse du tissu conjonctif, situé entre le tissu érectile et l'albuginée du corps caverneux. Le diagnostic clinique nécessite un bilan andrologique complet.

Le traitement qui fait appel à différents procédés médicaux et chirurgicaux reste décevant.

La maladie de la Peyronie, encore appelée induration plastique des corps caverneux, est une affection bénigne caractérisée par le développement d'éléments fibreux au sein de l'albuginée de la verge, ainsi que dans les zones adjacentes du tissu caverneux. Cette infiltration est à l'origine de douleurs et de coudure de la verge lors de l'érection, pouvant entraîner dans certains cas une hypo ou une anérection.

PATHOGENIE

Jusqu'à présent, l'étiologie de la maladie de La Peyronie reste mal connue.

Le rôle des maladies sexuellement transmissibles évoqué par plusieurs auteurs n'a jamais été prouvé, de même que la réaction inflammatoire liée à une urétrite.

Les travaux récents de HINMAN (1980) amènent à considérer deux types de facteurs pathogéniques : les uns "prédisposants" à l'installation de la fibrose, les autres "précipitants" vers cet état.

1 - Facteurs prédisposants

Les bêta-bloquants (Propanolol et Métoprolol) ont été rendus responsables de la maladie de La Peyronie (Osbohne 1977, Wallis 1977 et Yudkin 1977).

D'autres études n'ont pas confirmé ces données. Une réac-

* Service d'Andrologie-Urologie Hôpital Saint-Antoine (Pr ARNIS) 184, rue du Fg St-Antoine - 75571 PARIS CEDEX 12 - FRANCE

tion immunologique croisée avec une substance antigénique non encore identifiée serait à l'origine de la maladie de La Peyronie.

Déjà, plusieurs affections "fibreuses" ayant un tel support immunologique, sont connues.

Nombreux sont les travaux montrant la fréquence de la maladie de La Peyronie chez les sujets atteints de la maladie de Dupuytren (10 % des cas).

Plus récemment, certains auteurs (Willscher 1979, Nyberg 1982) montrent la fréquence plus élevée du groupe d'histocompatibilité HLA B7 chez les patients atteints de cette affection, suspectant ainsi une prédisposition génétique au même titre que l'association HLA B27 et spondylarthrite ankylosante.

2 - Facteur précipitant

HINMAN insiste sur la notion de traumatisme. Au cours des érections quotidiennes, les micro-traumatismes survenant alors que la flexion de la verge étire de façon excessive l'albuginée, apparaissent être déterminants dans l'installation de la fibrose.

D'autre part, certains auteurs suggèrent que les hématomes secondaires à la rupture de petits vaisseaux lors de ces traumatismes peuvent aboutir à une fibrose des tissus, source de douleurs et de coudure de la verge.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La maladie de La Peyronie se caractérise par l'infiltration fibreuse du tissu conjonctif situé entre le tissu érectile et l'albuginée du corps caverneux.

Macroscopiquement

Les lésions se trouvent le plus souvent sur le dos de la verge, en situation médiane, pouvant siéger depuis la racine de la verge jusqu'à la base du gland.

Plusieurs aspects lésionnels existent :

1° - La plaque fibreuse qui est étendue en surface, mais de faible épaisseur.
 2° - Les noyaux indurés, de taille variable (quelques mms à quelques cms) se situent habituellement sur la portion moyenne de la verge.
 3° - La fibrose diffuse, non individualisée prenant une partie du corps caverneux.

Tous ces éléments peuvent s'associer, confluir ou se succéder dans le temps.

Les limites avec le tissu normal sont parfois difficiles à préciser par l'examen clinique.

Au niveau des zones fibreuses, le corps caverneux perd son élasticité et les plaques fibreuses sont responsables des déformations de la verge sous forme de coudures (essentiellement dorsales).

Histologiquement (SMITH, 1966)

La lésion se caractérise, au début, par un infiltrat péri-vasculaire de lymphocytes et de plasmocytes dans le tissu conjonctif lâche qui sépare l'albuginée du tissu érectile.

Plus tard, s'installe une fibrose péri-vasculaire avec un dépôt de fibres élastiques. Ainsi, le tissu conjonctif est remplacé par un infiltrat fibro-élastique dense et éventuellement de calcifications. Une véritable ossification peut être notée.

En dernier lieu, ces lésions sont responsables d'une rétraction de l'albuginée (coudures).

Tous ces signes peuvent s'associer de façon variable. La plupart des patients se plaignent à la fois de douleurs et de coudure de verge.

CLINIQUE

La fréquence de la maladie de La Peyronie est sous estimée. Dans une série récente de 100 autopsies consécutives, SMITH trouve des lésions histologiques très précoce ou de petite taille chez 23 cadavres, ce qui laisse supposer la possibilité de formes infra-cliniques.

La maladie peut débuter à tout âge, mais on l'observe le plus souvent après 40 ans.

Circonstances de découverte

Souvent le patient n'a aucun symptôme et la maladie est découverte par hasard.

Les signes cardinaux sont :

- les plaques fibreuses que le patient a découvert en palpant sa verge et il craint qu'il s'agisse d'un cancer,
- les douleurs ou la coudure de la verge durant l'érection,
- l'impuissance peut être le motif de la consultation, sachant que l'anérection peut masquer les signes de la maladie de La Peyronie.

EXAMEN CLINIQUE

Sur verge flacide : la palpation recherche les plaques et/ou les nodules fibreux et apprécie leur siège, leur nombre, leur taille et leur sensibilité.

Sur verge en érection (après injection intra-caverneuse de substance vaso-active), on apprécie la coudure de la verge :

- son degré (qu'il faut côter),
- sa direction (dorsale, dorso-latérale ou ventrale).

Sinon, l'examen recherche des lésions fréquemment associées : rétraction des aponévroses palmaires et plantaires.

En fait, le diagnostic de la maladie de La Peyronie est essentiellement clinique.

Certes, on peut discuter :

- une fibrose post-traumatique de la verge,
- une coudure congénitale de la verge (absence de plaque, parfois anomalies de position du méat),
- une fibrose secondaire à une urétrite,
- une induration de l'albuginée suite à des injections intra-caverneuses répétées.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1° - Les clichés simples et la xérographie de verge peuvent montrer des lésions calcifiées ou ossifiées.

2° - La cavernosographie peut montrer des lésions minimes, profondément situées.

3° - L'échographie de la verge peut être utile, à la recherche des plaques et lors de la surveillance des patients sous traitement.

EVOLUTION

L'aggravation est possible, mais inhabituelle, avec une extension de la fibrose.

L'amélioration graduelle, voire la disparition des lésions, est décrite.

Les douleurs disparaissent en un an à un an et demi, les plaques et la coudure s'améliorent un peu plus tard dans

environ la moitié des cas (FURLOW, 1975). Les troubles sexuels sont en rapport avec plusieurs facteurs :

- les douleurs lors de l'érection peuvent empêcher le rapport sexuel.
- la coudure de la verge peut être tellement importante que la pénétration s'avère impossible ou si douloureuse pour la partenaire que le rapport sexuel est interrompu.
- enfin, il existe un trouble érectile lié aux lésions fibreuses qui altèrent le tissu érectile et perturbent les phénomènes hémodynamiques au niveau du corps caverneux.

TRAITEMENT

De nombreux traitements ont été utilisés pour atténuer la douleur, diminuer les plaques et corriger la coudure de la verge. Il s'agit de :

A - Traitement médicaux et par agents physiques

- 1° - Vitaminothérapie E, administrée à raison de 600 mg par jour, pendant un mois, puis 300 mg par jour, les mois suivants.
- 2° - Le Parlamino-benzoate de potassium "POTABA".
- 3° - La radiothérapie locale (700 à 1000 rads sur la verge). Elle peut être utile lors de la phase inflammatoire.
- 4° - Les ultrasons locaux.
- 5° - Injections locales : . d'hormones, . de corticoïdes.
- 6° - la Procarbazine (NATULAN) per os.

La plupart de ces traitements ne semblent pas apporter plus de bénéfice que le fait d'attendre tout simplement l'amélioration spontanée, certains d'entre eux pouvant être à l'origine de complications sévères.

B - Traitement chirurgical

1° - L'exérèse de plaques de fibrose, suivie de greffe

Celle-ci est indiquée pour des plaques de petites dimensions en cas de douleurs persistantes, avec un remplacement de la perte de substance de l'albuginée par de la peau (exérèse suivie de greffe).

Des complications sont possibles :

- . hématome,
- . impuissance segmentaire,
- . hypo-anesthésie du gland.

2° - Redressement de la verge

En cas de coudure importante de la verge, un geste de redressement par plicature simple de l'albuginée peut être effectué (intervention modifiée de NESBIT) avec un taux élevé de succès.

3° - Prothèse pénienne

Elle est indiquée en cas d'impuissance. On peut utiliser des prothèses rigides, semi-rigides ou gonflables, avec de bons résultats d'ensemble.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ABOULKER P., BENASSAYAG E. Traitemen de l'induration plastique des corps caverneux par la procarbazine. *J. Urol. (Paris)*, 1970, 76, (12 bis), 499-503.
- 2 - BYSTROM J., JOHANSSON B., EDSMYR F., KORLOF B., NYLEN B. Induratio penis plastica (Peyronie's disease). The results of the various forms of treatment. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1972, 6, (1), 1-5.
- 3 - BYSTROM J., JOHANSSON B., EDGREN J., ALFTHAN O., KOHLER R. Induratio penis plastica (Peyronie's disease). Cavernosography in assessment of the disease process. *Scand. J. Urol. Neohrol.*, 1974, 8, (3), 155-161.
- 4 - BYSTROM J., RUBIO C. Induratio penis plastica (Peyronie's disease). Clinical features and etiology. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1976, 10, (1), 12-20.
- 5 - DEVINE C.J., HORTON C.E. Surgical treatment of Peyronie's disease with a dermal graft. *J. Urol.*, 1974, 111, (1), 44-49.
- 6 - FURLOW W.L., SWENSON H.E., LEE R.E. Peyronie's disease : a study of its natural history and treatment with orthovoltage radiotherapy. *J. Urol.*, 1975, 114, 69-71.
- 7 - HINMAN F. Etiologic factors in Peyronie's disease. *Urol. Intern.*, 1980, 35, (6), 407-413.
- 8 - SMITH B.H. Peyronie's disease. *Am. J. Clin. Pathol.*, 1966, 45, 670-678.
- 9 - WILLSCHER M.K., NOVICKI D.E., CWAZKA W.F. The association of HLA-B27 antigen with retroperitoneal fibrosis. *J. Urol.*, 1978, 120, (5), 631-633.