

# Maladie de La Peyronie : La clinique a-t-elle encore un intérêt ?

P. BONDIL, R.S. SALTI, A. BOUGUETAIA, F. ALADAWI, R. SABBAGH.

*Service d'Urologie-Andrologie, CHG Chambéry, Chambéry, France 73011*

## RESUME

**La simple observation clinique démontre:**

**a) qu'une maladie de La Peyronie débutante est très différente d'une maladie de La Peyronie évoluée calcifiée,**

**b) qu'une maladie de La Peyronie isolée ou associée à d'autres collagénopathies n'a probablement pas la même signification. Ainsi, la clinique conserve toujours une place essentielle dans la maladie de La Peyronie pour trois raisons majeures:**

**1. son diagnostic est avant tout clinique,**

**2. ses mécanismes étiologiques et physiopathologiques, son histoire naturelle restent encore mal connus d'où la nécessité de la recherche clinique,**

**3. l'évaluation plus objective de l'efficacité des nouveaux traitements médicaux exige une description précise de tous les paramètres cliniques.**

Ecrire en 1997 un article sur les aspects cliniques d'une maladie décrite en 1743 [17], peut paraître inutile voire dépassé. Pourtant, trois raisons rappellent l'intérêt de la sémiologie clinique de la maladie de La Peyronie :

1. son diagnostic est avant tout clinique, la place diagnostique des examens paracliniques restant très limitée [6, 11, 24, 28, 30].

2. 3 siècles après, les mécanismes étiologiques et physiopathologiques responsables de la survenue de la plaque de fibrose caractéristique restent encore mal connus, tout comme son histoire naturelle [2, 10, 11, 12, 16, 17, 20] d'où la nécessité de poursuivre la recherche clinique et épidémiologique parallèlement à la recherche fondamentale.

3. comment évaluer correctement l'efficacité des traitements anciens ou nouveaux actuellement proposés (colchicine, vérapamil, collagénase) si tous les paramètres cliniques ne sont pas clairement définis au préalable ?

La simple observation clinique démontre qu'une maladie de La Peyronie débutante est très différente d'une maladie de La Peyronie évoluée calcifiée. Une maladie de La Peyronie associée à d'autres collagénopathies n'a probablement pas la même signification que celle survenant isolément. La revue de la littérature, notamment récente, montre qu'on englobe actuellement sous le terme de maladie de La Peyronie des entités très différentes par manque de précision des aspects cliniques.

**Mots clés:** *La Peyronie, clinique, diagnostic, étiologie*

## QUELLES SONT LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ?

Une compilation de la littérature [3, 6, 13, 15, 16, 20, 23, 31] montre que même s'il existe de nettes variations entre les séries globalement, les motifs les plus souvent rapportés sont la courbure (82%), puis la douleur (49%) et les difficultés coïtales (49%) (tableau 1). En fonction de l'analyse sémiologique, les circonstances de découverte peuvent être plus diversifiées à l'exemple de notre série et de celle de Lindsay [20] (tableau 2) La découverte peut être monosymptomatique ou plus souvent pluri-symptomatique, même si dans la pratique quotidienne, un symptôme prédomine fréquemment (tableaux 2 et 3). Les circonstances de découverte peuvent être les suivantes :

### **1. Une déformation de la verge en érection :**

Ce symptôme majeur a été décrit comme un "strabisme pénien" par Ricord au XIXe siècle: " l'incurvation se manifeste toujours du côté de la maladie. Dans les cas où la presque totalité de l'épaisseur des corps caverneux est atteinte, la partie antérieure de la verge ne se gonfle plus pendant l'érection, elle forme fléau. Si l'induration est limitée à l'un des cotés, le pénis se dévie latéralement, il louche, c'est un véritable strabisme pénien".

La courbure est rapportée dans la grande majorité des séries avec fréquence de 44% à 100% (moyenne de 81% ) (tableau 1). Sa sévérité est conditionnée par trois paramètres [7, 9, 24]: a) la topographie de la plaque, b) l'étendue de la plaque, c) la capacité érectile. Dans près de 2/3 des cas, cette courbure entraîne une difficulté coïtale plus ou moins nette. La courbure en érection est surtout dorsale (> 60% des cas), moins souvent latérale (environ 15%), ventrale (<10%) ou dorsolatérale (<10%). Certaines rares localisations (rétrobalanique ou septale) n'entraînent pas de courbure [6, 26]. Dans un tiers des cas, elle survient sans douleur d'où une consultation parfois tardive.

### **2. Une douleur lors de l'érection:**

Présente dans 50% des cas en moyenne (variant de 33 à 77%) (tableau 1), elle

témoigne d'un stade inflammatoire de la maladie [8, 9, 11, 24]. Comme la courbure, son retentissement est variable. Elle peut gêner voire empêcher le rapport sexuel, ou parfois réveiller le patient lors des érections nocturnes. D'intensité variable, elle fait consulter plus rapidement. Dans de rares cas, la douleur est provoquée par la palpation de la plaque à l'état flaccide.

### **3. Une sensation d'induration pénienne:**

La découverte d'un nodule pénien isolé est un motif de consultation classique mais en pratique peu fréquent [24,26].

### **4. Une "gêne" lors du rapport sexuel :**

Si elle est un motif fréquent de consultation (environ la moitié des cas), son mécanisme n'est pas univoque [11, 15, 19, 22, 23, 30]. Elle englobe des situations très hétérogènes, fonction de l'intensité de la douleur et/ou de la courbure et/ou d'un manque de rigidité érectile. Il est important de bien préciser sa sémiologie et sa sévérité car le traitement en dépend. Schématiquement, l'impossibilité coïtale doit être distinguée de la gêne coïtale due à la courbure et/ou à la douleur et/ou au manque de rigidité érectile.

Ce manque de précision explique les variations de 10 à 72% rapportées selon les séries (tableau 1). La série de Bard et al.[1] illustre bien la nécessité d'une bonne définition clinique. Sur 1700 sujets consultant pour dysérection, 157 (9,2%) avaient une maladie de La Peyronie (âge moyen: 54,7, ancienneté moyenne: 3 ans). L'analyse de la qualité de l'érection montre une grande diversité de la "gêne" coïtale avec: a) dans 36% des cas, une érection rigide (malgré l'association fréquente avec une douleur ou une courbure), b) dans 31%, une érection semi-rigide mais adéquate pour la pénétration, c) dans 25%, une rigidité insuffisante, d) dans 8% des cas, une absence d'érection. Dans cette série, la douleur s'accompagne rarement d'une insuffisance érectile et la maladie de La Peyronie n'a été découverte fortuitement que pour 10 cas d'insuffisance érectile. Les auteurs en concluent qu'un nombre significatif de sujets ayant une maladie de La Peyronie continue à avoir une activi-

**Tableau 1: Symptômes cliniques de la maladie de La Peyronie: compilation de la littérature**

	<b>cas</b>	<b>courbure(%)</b>	<b>douleur(%)</b>	<b>coït +- difficile (%)</b>
Bystrom 1973	103	89	48	56
Furlow 1975	177	91	64	40
Williams 1980	45	44	49	33
Bittard 198	93	81	39	56
Gasior 1990	92	97	20	72
Lindsay 1991	101	63	42	10
Gelbard 1990	97	100	77	47
Rodriguez-Vela 1995	110	89	58	65
Bondil 1996	97	76,5	42	66
<b>TOTAL</b>	<b>915</b>	<b>81</b>	<b>49</b>	<b>49</b>

**Tableau 2: Disparité des circonstances de découverte (en %) exemple de deux séries.**

	<b>Lindsay 1991 n= 101</b>	<b>Bondil 1996 n=97</b>
D	13	9
C	35	28
IE	3	10,5
D + C	23	33
D + IE	1	-
C + IE	6	15,5
D + C + IE	5	-
non spécifié	5	-

**D = douleur, C = courbure,  
IE = insuffisance érectile**

**Tableau 3: Diversité de la symptomatologie: exemple de la série de Furlow (13) (n = 177 cas)**

<b>Symptome principal</b>	
plaque	44%
courbure	26%
problèmes lors RS	12%
érection douloureuse	9%
<b>Symptomes</b>	
courbure	91%
plaque	62%
érection et RS douloureux	27%
érection douloureuse	21%
RS difficile	18%
RS douloureux	16%
RS impossible	8%
rigidité insuffisante	4%

**RS = rapport sexuel**

té sexuelle ne nécessitant pas un traitement spécifique.

### **5. Une insuffisance érectile :**

Comme pour la "gêne" lors du rapport sexuel, son mécanisme physiopathologique et sa fréquence sont souvent mal définis d'où l'importance de l'interrogatoire. En cas de rigidité faible ou absente ne mettant pas en évidence la courbure, l'insuffisance érectile peut parfois révéler une maladie de La Peyronie méconnue (10% dans notre série et celle de Bard et col. [1]). Pour cette raison, il est nécessaire de palper systématiquement la verge lors de l'examen clinique en cas d'insuffisance érectile.

En cas de maladie de La Peyronie, l'insuffisance érectile, rapportée de façon très variable dans la littérature (tableau 1), peut résulter de trois mécanismes différents [11, 15, 19, 22, 23, 30] parfois intriqués:

- douleur invalidante lors des rapports sexuels [22, 24, 29].

- gêne mécanique à l'intromission provoquée par la courbure (surtout si l'angulation est  $> 45^\circ$ ) [6, 11, 21, 22]. L'importance de la gêne dépend de la topographie et de la taille de la plaque [7, 24, 30]. Une anomalie peu rapportée mais parfois signalée par les patients est le manque de rigidité localisé au gland et/ou aux corps caverneux [22]. Ce trouble survient surtout en aval de la plaque, plus rarement à la racine de la verge. Son origine est controversée. Selon Devine [11], cette flaccidité localisée ne résulterait ni d'une compression artérielle par la plaque ni d'une anomalie du verrouillage caverneux (la cavernométrie faite en amont et en aval de la plaque seraient identiques).

- manque de rigidité globale dont il faut préciser, comme pour toute insuffisance érectile, son origine organique et/ou fonctionnelle. Malgré des résultats discordants, la maladie de La Peyronie semble être réellement un facteur étiologique organique. Ainsi, la plaque modifierait l'hémodynamique pénienne. Le mécanisme le plus souvent incriminé est un mauvais verrouillage du drainage veineux au niveau de la plaque responsable d'une insuffisance veinocaverneuse [2, 8, 15, 20, 23, 30]. La plaque peut comprimer également les artères

[19,23,30] et parfois le nerf dorsal de la verge. Mais, d'autres facteurs étiologiques, notamment psychogènes, doivent être systématiquement recherchés. Ce retentissement est loin d'être négligeable comme le démontre l'enquête de Gelbard et al.[16]. La moitié de leurs patients se déclare préoccupée souvent ou tout le temps par sa maladie.

Cette diversité physiopathologique de l'insuffisance érectile est mise en évidence dans la série de Rodriguez-Vela et al. [23] à propos de 110 patients d'âge moyen de 52,2 ans (variant de 24 à 70 ans) ayant eu un suivi moyen de 15,7 mois (variant de 7,4 à 66,4 mois). Dans 65% des cas, la pénétration vaginale était difficile ou impossible (dont 37% par gêne mécanique et 27% par manque de rigidité). 77,5% des patients ayant un manque de rigidité avaient des critères de fuite veinocaverneuse et 22,5% des signes d'insuffisance artérielle. Ces résultats sont similaires de ceux de Weidner et al. [30]. 31,5% de leurs 220 cas avaient une insuffisance érectile dont 1,8% par angulation sévère et 1,4% par douleur invalidante. Chez les 51 cas ne répondant pas aux tests pharmacologiques intracaverneux, les explorations vasculaires ont mis en évidence des anomalies artérielles dans 48% des cas et veinocaverneuses dans 84% des cas.

### **6. Une découverte fortuite lors de l'examen génital systématique :**

Il s'agit d'une circonstance peu fréquente, mais non exceptionnelle après 50 ans (4% dans notre série), à la condition de faire un examen clinique systématique de la verge lors de l'examen urologique. Ce n'est guère étonnant. Ainsi, Smith en 1969 [25] découvre 23 cas de maladie de La Peyronie lors de 100 autopsies systématiques. Selon Devine [11], l'incidence de la maladie de La Peyronie symptomatique serait de 1% tandis que pour Lindsay et al. [20], la prévalence peut être évaluée à 0,4%, avec une nette augmentation avec l'âge.

### **7. Un raccourcissement de la verge:**

Symptôme parfois signalé, il reflète la fibrose des corps caverneux [5]. Son importance dépend de l'étendue de la plaque.

## COMMENT FAIRE L'EXAMEN CLINIQUE ?

### A. INTERROGATOIRE:

Il doit toujours préciser:

#### 1. *Les circonstances de survenue initiales:*

Dans un but étiologique, il faut rechercher si le début a été progressif ou soudain, quelles ont été les éventuelles circonstances de survenue (traumatisme, geste urétral...), l'existence ou non de signes inflammatoires (douleur spontanée lors de l'érection ou provoquée par la palpation du nodule). Il n'est pas rare que la survenue soit rapide, voire très rapide. Ainsi, Devine [11] constate que dans près de la moitié de ses cas, les patients rapportent une apparition sur une nuit. A l'inverse, dans d'autres cas, la courbure survient insidieusement sur des semaines ou des mois. Ces différences reflètent très probablement des mécanismes physiopathologiques distincts.

#### 2. *L'existence de facteurs étiologiques:*

Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, de nombreux facteurs étiologiques ont été successivement incriminés [2, 7, 8, 10, 11, 24]. Ainsi, pour La Peyronie, l'étiologie était vénérienne. En 1850, un irlandais, Kirby, semble être le premier à considérer la maladie de La Peyronie comme la manifestation d'une maladie du système fibreux. En 1882, Verneuil incrimine le diabète.

En plus des classiques collagénopathies, leur recherche doit être systématique pour deux raisons: 1) ne pas étiqueter maladie de La Peyronie des patients ayant un antécédent traumatique (faux pas du coït notamment), 2) mettre en évidence des associations de maladies avec la maladie de La Peyronie car il apparaît de plus en plus que son origine est multifactorielle. A la condition d'être recherchés, divers facteurs étiologiques sont retrouvés à l'exemple de notre série (tableau 4) :

**a)** Le plus classique est un antécédent personnel ou familial [10] de collagénopathies:

Les plus souvent rapportées [2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 24, 29] sont la maladie de Ledderhose (rétraction fibreuse de l'aponévrose plantaire), la chondrosclérose auriculaire

**Tableau 4 : Fréquence des possibles facteurs étiologiques relevés dans notre série (n = 97 cas)**

	%
Diabète	16,5
Dupuytren	13,5
Geste urétral	12
Traumatisme	3

(nodules cartilagineux), les nodules phalangiens dorsaux de Garrod, la panniculite nodulaire (syndrome de Weber-Christian) et surtout la maladie de Dupuytren (rétraction fibreuse de l'aponévrose palmaire). Cette classique association Dupuytren-La Peyronie varie dans la littérature de 6 à 20% des cas [3,9,10,13,20,23,27,29] (tableau 5). La triade de Gallizia [14] associant maladie de La Peyronie, chondrosclérose auriculaire et Ledderhose est peu souvent rapportée [9]. Williams et Green [31] retrouvent des antécédents familiaux fréquents de collagénopathies. Selon eux, l'association d'une maladie de La Peyronie à d'autres collagénopathies est non seulement fréquente, mais aurait une valeur pronostique défavorable quant à la régression spontanée et à l'efficacité de la corticothérapie. A l'inverse, Lindsay et al. [20] ne constatent pas de corrélation significative pour l'association La Peyronie- Dupuytren. En l'absence de données cliniques suffisantes, il est actuellement impossible de confirmer ou d'infirmer ces opinions. Ces exemples soulignent l'intérêt d'une bonne description clinique.

**b)** Un antécédent de traumatisme pénien (faux pas du coït, traumatisme direct pénien, geste instrumental urétral) doit être recherché du fait de son rôle physiopathologique probable [2, 10, 11, 12, 18] :

Dans les rares séries où il a été recherché, sa fréquence n'est pas négligeable puisqu'elle varie de 21,5% pour les 408 cas de Chilton [10] à 15% pour nos 97 cas (12 gestes urétraux et 3 traumatismes pénien) et à 3,6% pour les 250 cas de Chesney et al. [9] (5 traumatismes directs et 4 faux pas du coït). Ainsi, Chilton et

**Tableau 5: Chronologie d'apparition des symptômes dans la série de Bystrom et Rubio [7] (n =103 cas)**

	1	2	3	non établi
Courbure: 89 (84%)	50	22	-	17
Douleur: 46 (43%)	31	9	1	5
Coït difficile: 26 (24,5%)	5	12	3	6
Coït impossible: 29 (27,5%)	3	7	6	13

al. [10] relèvent dans 6,4%, un faux pas du coït avec survenue secondaire d'une La Peyronie typique, dans 4,2%, un traumatisme direct sur verge flaccide et dans 9,5% un geste instrumental urétral antérieur (sondage, dilatation, cystoscopie, résection, urétrotomie interne).

c) D'autres associations ont été rapportées (hypertension artérielle, artériosclérose, drogues bêtabloquantes, diabète...) [6, 7, 9, 10, 11, 13, 20, 31]:

Mais, du fait de la rareté des études épidémiologiques, leur signification est encore controversée [2,11,12,20]. Selon Lindsay et al. [20], l'association avec une arthrite rhumatoïde serait très significative à la différence de la coexistence avec un diabète pourtant signalée dans 10 à 20% des cas).

### 3. L'ancienneté:

Elle est un facteur important car:

a) la symptomatologie est évolutive:

L'histoire naturelle de la maladie de La Peyronie est encore mal connue [2, 7, 8, 11, 16, 24]. car elle a été peu étudiée. Furlow et al. [13] ont suivi 26 cas avec un recul moyen de 9,2 ans montrant une évolution favorable dans la majorité des cas. La plaque disparaît dans 39% des cas et la courbure dans 13% des cas, l'aggravation est peu fréquente. Leurs résultats diffèrent sensiblement de ceux de Gelbard et al. [16] qui ont étudié l'évolution quasi naturelle (traitements mineurs) par questionnaire chez 97 cas (dont 30% avaient une durée d'évolution > 2ans , 42% entre 2 et 4 ans et 28% > 4 ans). Ils constatent que seuls 13% des patients s'estiment guéris, 45% stabilisés et

42% se plaignent d'une progression. La courbure et la capacité coïtale s'aggravent dans 40% des cas, la douleur dans 6%. La survenue d'un nouveau nodule n'est pas exceptionnelle à l'exemple de Viljoen et al. [27] qui l'observent dans 18% de leurs 61 cas suivis plus d'un an (mais ayant eu un traitement par radiothérapie).

Chronologiquement, selon Bystrom et Rubio [7], les deux premiers symptômes sont la courbure, puis la douleur (tableau 6). Les troubles du coït n'apparaissent que plus tardivement. En réalité, l'ancienneté de la maladie de La

**Tableau 6: Fréquence de l'association maladie de La Peyronie-maladie de Dupuytren: compilation de la littérature**

	La Peyronie Cas	Association %
Bittard	93	14
Bondil	97	13,4
Chesney	250	6
Chilton	408	15,4
Furlow	177	7
Lindsay	101	4
Rodriguez-Vela	110	5,5
Viljoen	108	18,3
Weidner	222	20
<b>Total</b>	<b>1566</b>	<b>17,3</b>

Peyronie lors de sa découverte interfère notablement sur la symptomatologie [8,11]. Une maladie de La Peyronie fera consulter plus rapidement si la douleur prédomine que si la courbure est peu gênante d'où les évolutions différentes selon les symptômes relevées par Chesney [9], la moitié seulement de ses patients consultant dans les 6 mois (tableau 7). Pour les patients, l'amélioration de la courbure est le principal paramètre de guérison [16].

**b) pour juger d'un traitement**, il faut préciser son stade évolutif d'autant plus que l'évolution naturelle est longue [2, 8, 11]. Pourtant, cet important paramètre est souvent négligé dans l'interprétation des résultats publiés. Il convient de distinguer deux stades qui ont un pronostic différent [8,11,12,31] :

- une phase inflammatoire : elle dure de 12 à 18 mois, la douleur lors de l'érection et/ou la sensibilité de la plaque en sont les principaux signes avec la gêne lors de l'érection. Les nodules se forment et la courbure se développe plus progressivement. Cette phase inflammatoire peut récidiver après quelques mois ou années. Le premier signe de résolution est la disparition de la douleur, puis le ramollissement de la plaque suivie de la diminution de la courbure [11].

**Tableau 7: Durée d'évolution des symptômes lors de la première consultation: série de Chesney [9].**

Durée	Cas
< 6 mois	116
6-11 mois	52
12-17 mois	31
18-23 mois	13
24-35 mois	7
36-47 mois	7
4 ans	3
5 ans	1
6 ans	3
inconnu	7
<b>Total</b>	<b>250</b>

- Une phase chronique ou de fibrose séquellaire: elle commence quand les signes inflammatoires ont cessé. Elle est marquée surtout par une courbure, un raccourcissement qui semblent en fait peu souvent résolutifs. La constatation de calcifications ou d'une ossification prouve la cicatrisation définitive de la plaque. Dans ces cas, les traitements médicaux sont inefficaces [11, 31].

Il est donc important de bien préciser le stade évolutif de la maladie de La Peyronie dans un but:

- Thérapeutique: l'expérience clinique démontre que l'efficacité des traitements médicaux d'une plaque ancienne calcifiée est réduite par rapport à une maladie de La Peyronie débutante et douloureuse. La preuve en est qu'en cas d'indication de chirurgie correctrice, la grande majorité des auteurs recommande d'attendre au moins 6 mois en cas de douleur ou d'apparition récente (8,11,21,24). Une meilleure stadification permettrait d'évaluer plus objectivement les traitements actuellement proposés.

- Pronostique: une maladie de La Peyronie ancienne a peu de probabilités de régresser à la différence d'une maladie de La Peyronie récente (d'où des indications thérapeutiques différentes) [11, 31].

#### 4. Retentissement :

**a) sur la capacité érectile:** l'importance de la gêne doit être analysée en terme de gêne mécanique (courbure ventrale, latérale, ventrale) ou de manque de rigidité en aval de la plaque [1, 11, 21, 22, 30]. Il n'est pas toujours simple de faire la part des deux. Dans ces cas, il est nécessaire de documenter la courbure pour avoir l'image précise de la déformation soit par autophotographies polaroid en érection (profil, vue dorsale), soit par l'emploi d'injection intracaverneuse de drogues vasoactives à visée diagnostique ou du vacuum (éventuellement facilité par une injection intracaverneuse à faible dose).

**b) sur la vie sexuelle:**

- **du patient:** Il faut apprécier le retentissement psychologique qui peut être discret ou sévère en fonction de l'absence ou non d'acti-

té sexuelle [20,22]. Il ne doit pas être négligé car il est présent chez 77% des patients comme le montre l'enquête par questionnaire de Gelbard et al. [20]. Son importance varie avec le temps (28% se disent améliorés, 36% sans changement et 36% aggravés). Globalement, dans leur série, un patient sur deux se déclare préoccupé souvent ou tout le temps. Ce retentissement psychologique peut être à l'origine d'une insuffisance érectile fonctionnelle aggravant la dysérection organique due à la maladie de La Peyronie.

- **de sa partenaire:** une dyspareunie et une baisse du plaisir (par manque de rigidité et/ou de longueur) doivent être recherchés .

## B) EXAMEN DE LA VERGE:

### 1. La palpation est essentielle au diagnostic:

Le signe pathognomonique est l'induration (nodule) profonde au niveau des corps caverneux, non adhérente aux téguments péniers [6, 7, 8, 9, 11, 21, 24, 28, 31]. Si la plaque est volumineuse, sa reconnaissance est aisée à la différence d'une petite plaque ou d'une plaque distale, d'où l'intérêt dans ces cas d'examiner la verge flaccide étirée par une traction manuelle sur le gland. Il faut noter sur un schéma [7] les caractéristiques de la plaque pour suivre plus objectivement, l'évolution à moyen et long terme. Il précisera:

- **le caractère unique ou multiple :** La revue de la littérature [3, 7, 9, 11, 15, 24] montre que dans la grande majorité des cas (83,5%), la plaque est unique (tableau 8). Néanmoins, l'existence de deux ou plusieurs plaques n'est pas exceptionnelle (17% des cas).

- **sa topographie:** Elle est rapportée de façon diverse. Dans la série de Bystrom et Rubio [7], la plaque est dorsale dans 55% des cas, latérale (13%), médiane (13%) et ventrale (1%). Dans celle de Gasior et al. [15], elle est dorsale ou dorsolatérale dans 80% des cas, circonférentielle dans 17% et ventrale dans 3%. Néanmoins, la distinction entre localisation ventrale ou dorsale, médiane ou latérale est souvent peu évidente et doit faire préférer la distinction distale, médiane ou proximale.

- **ses dimensions:** La longueur moyenne de la plaque mesurée par quelques auteurs est de 2 cm avec un maximum de 6 cm . Les 103 cas de Bystrom et Rubio. [7] se répartissent de la façon suivante: 34 < 1 cm, 35 >1-2< cms et 5 > 2cms.

### 2) recherche d'une hypoesthésie du gland :

Signalée dans de rares cas, elle reflète une compression du nerf dorsal de la verge.

### 3) mesure du raccourcissement pénien:

La mesure de la longueur de la verge flaccide au repos puis en étirement manuel maximum

**Tableau 8 : Diversité du nombre de nodules péniers selon les séries**

	Cas	1 (%)	2 (%)	>2 (%)
Bystrom 1972	103	72	12	16
Chesney 1975	250	78	20	2
Williams 1980	45	95	5	-
Vossenhenrich 1995	34	79	9	12
Weidner 1992	222	89	7	4
Rodriguez-Vela 1995	110	82	18	-
Bondil 1996	97	85	14	1
Weidner 1997	220	89	7	4
<b>Total</b>	<b>846</b>	<b>83,5</b>	<b>11,5</b>	<b>5</b>

sur le gland [4] permet : a) d'apprécier indirectement le degré de fibrose [5], b) d'objectiver la longueur de la verge en érection, c) d'évaluer si un geste d'allongement doit être envisagé en cas de chirurgie correctrice type plicature des corps caverneux.

## B) EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL:

Dans le cadre de la recherche étiologique et de la bonne pratique médicale, il doit être complet, recherchant systématiquement l'association à une collagénopathie.

### *Diagnostic différentiel:*

Il pose peu de problèmes [8, 11, 24, 26]. L'interrogatoire et le contexte éliminent facilement une courbure congénitale, une sclérose périurétrale, un nodule post-traumatique ou compliquant le traitement d'une insuffisance érectile par injection intracaverneuse de drogues vasoactives. Quoiqu'exceptionnelles, il faut toujours de principe éliminer une tumeur bénigne ou maligne (primitive ou secondaire) pénienne, voire une thrombose de la veine dorsale de la verge, mais dans ces cas, le contexte et l'évolution sont très différents. En cas de doute, la biopsie s'impose [26].

## CONCLUSION

La maladie de La Peyronie est une maladie bénigne mais souvent invalidante. En 1997 comme en 1743, le diagnostic d'une maladie de La Peyronie reste avant tout clinique. Une meilleure compréhension de sa pathogénie et de sa physiopathologie passe encore actuellement par une description rigoureuse des paramètres cliniques, notamment les circonstances de survenue, les signes locaux et les maladies générales associées (collagénopathies). La clinique reste une étape fondamentale non seulement pour le diagnostic de maladie de La Peyronie mais aussi pour le choix du traitement et l'évaluation plus objective des traitements médicaux actuellement testés.

## RÉFÉRENCES

1. BARD RJ, AULD RB, GAJEWSKI JB, GRANTMYRE JE, SMITH DC: Peyronie's disease: a frequent cause of sexual complaints. *Int.J.Impotence Res.*, 1992, 4 (suppl.2): P 165
2. BENSON GS: Peyronie's disease. Editorial. *J. Urol.*,1993;149:1326.
3. BITTARD H,SCHRAUB S, BITTARD M: Traitement de la maladie de La Peyronie par association radiochirurgicale. *Ann. Urol.*, 1988, 22:67-9
4. BONDIL P, LOUIS JF, DAURES JP, COSTA P, LOPEZ C, NAVRATIL H: Clinical measurement of penile extensibility: preliminary results. *Int.J.Impotence Res.*,1990,2: 193-201.
5. BONDIL P, SALTI AR, SABBAGH R, MASMOUDI S: The axial extensibility of the flaccid penis: comparative study between a group with La Peyronie's disease (63 cases) and a control group (586 cases). *Int.J.Impotence Res.*, 1995; 7 (suppl. I): 57.
6. BYSTROM J, JOHANSSON B, EDSMYR F, KORLOF B, NYLENS B: Induratio penis plastica (Peyronie's disease). *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1972, 6: 1-5
7. BYSTROM J, RUBIO C: Induratio penis plastica (Peyronie's disease): clinical features and etiology. *Scand.J.Urol.Nephrol.*, 1976, 10:12-20
8. CARRIER S, LUE TF: For Peyronie's disease, act conservatively. *Contemporary Urology*,1994,8: 54-65.
9. CHESNEY J: Peyronie's disease. *Br.J.Urol.*, 1975, 47: 209-218
10. CHILTON CP, CASTLE WM, WESTWOOD CA, PRYOR JP: Factors associated in the aetiology of Peyronie's disease. *Br.J.Urol.*, 1982, 54: 748-50.
11. DEVINE CJ Jr: Introduction. International conference on Peyronie's disease. Advances in basic and clinical research. March 17-19 1993. *J.Urol.*, 1997;157: 272-5.
12. DEVINE CJ, SOMMERS KD, JORDAN GH, SCHLOSSBERG SM: Proposal: trauma as the cause of the Peyronie's lesion.*J.Urol.*, 1997; 157: 285-90.
13. FURLOW WL, SWENSON HE, LEE RE: Peyronie's disease: a study of its natural history and treatment with orthovoltage radiotherapy. *J.Urol.*, 1975, 114: 69-71.
14. GALLIZIA F et GALLIZIA G: La maladie de La Peyronie et la disposition symétrique bilatérale des lésions collagènes concomittantes. *J.Urol.Néphrol.*, 1972,78:116-127.
15. GASIOR BL, LEVINE FJ, HOWANNESIAN A, KRANE RJ, GOLDSTEIN I: Plaque-associated corporal veno-occlusive dysfunction in idiopathic Peyronie's disease: a pharmacocavernosometric and pharmacocavernosographic study. *World J.Urol.*, 1990, 8: 90-96
16. GELBARD MK, DOREY F, JAMES K: The natural history of Peyronie's disease..*J.Urol.*, 1990, 144: 1376-9
17. JOLIDON C, ZEPHIR D, YBERT G: Considérations historiques sur la maladie de LaPeyronie...peu de choses ont changé ! *J.Urol.*, 1984,90: 365-8.
18. LEPINARD V: Courbure de verge secondaire à une

19. LEVINE AL, COOGAN CL: Penile vascular assessment using color duplex sonography in men with Peyronie's disease. *J.Urol.*, 1996;155: 1270-3.
20. LINDSAY MB, SCHAIN DM, GRAMBSCH P, BENSON RC, BEARD CM, KURLAND LT: The incidence of Peyronie's disease in Rochester Minnesota, 1950 through 1984. *J.Urol.*, 1991, 146:1007-9.
21. NOOTER RI, BOESCH JLHR, SCHOREDER FH: Peyronie's disease and congenital penile curvature: long-term results of operative treatment with the plication procedure. *Br.J.Urol.*, 1994, 74: 501-6.
22. PRYOR JP: Peyronie's disease and impotence. *Acta Urol.Belg.*, 1988;56:317-21.
23. RODRIGUEZ-VELA L, BERNE JM, CARELA J, GONZALVO A, GIL P, PAUL FJ, RIOJA LA: Peyronie's disease: our experience. *Int.J.Impotence Res.*, 1995, 7 (suppl.1): P61
24. SARRAMON JP, ESCOURROU G: The diagnosis and management of Peyronie's disease. *Int. J.Impotence Res.*, 1991,3: 69-83
25. SMITH BH: Subclinical Peyronie's disease. *Am.J.Clin.Path.*, 1969, 52: 385
26. SZOLLAR GP, PRANIKOFF K, KREMZER JE: Peyronie's disease: an unusual localisation. *J.Urol.*, 1984; 132:764-5.
27. VILJOEN IM, GOEDHALS L, DOMAN MJ: Peyronie's disease: a perspective on the disease and the long term results of radiotherapy. *S.Afr.Med.J.*, 1993;83:19-20.
28. VOSSHENRICH R, SCHROEDER-PRINTZEN I, WEIDNER W, FISCHER U, FUNKE M, RINGERT RH: Value of magnetic resonance imaging in patients with penile induration (Peyronie's disease). *J. Urol.*, 1995, 153:1122-25
29. WEIDNER W, ROMPEL R, WEISKE WH, LUDWIG G, SCHROEDER -PRINTZEN I, RINGERT RH: Clinical features of Peyronie's disease: a clinical study on 222 patients without previous treatment. *Int.J.Impotence Res.*, 1992,4, suppl.2: A 116
30. WEIDNER W, SCHROEDER-PRINTZEN I, WEISKE WH, VOSSHENRICH R: Analysis of 222 patients without previous local plaque therapy. *J.Urol.*, 1997; 157: 325-8.
31. WILLIAMS G, GREEN NA: The non-surgical treatment of Peyronie's disease. *Br.J. Urol.*, 1980, 52: 392-5.

## ABSTRACT

### Clinical observation of La Peyronie's disease

P. BONDIL, RS. SALTI, A. BOUGUETAIA,  
F. ALADAWI, R. SABBAGH

**The simple clinical observation shows that: a) a beginning La Peyronie's disease is very different than an calcified and advanced one's, b) physiopathologically, an isolated or associated to another collagenopathies La Peyronie's disease has not likely the same significance, c) the efficiency of the medical treatment changes according to several clinical parameters (as node size, calcifications..). Thus, the clinic always keeps a major place in the La Peyronie's disease for three main reasons: 1) its diagnosis is above all clinical, 2) its etiological and physiopathological mechanisms, its natural history still remain unclear, hence the need for the clinical research, 3) the more objective evaluation of the new medical treatment implies a precise description of all the clinical parameters.**

*key words: La Peyronie's disease, clinic, diagnosis, etiology*