

La place des prothèses de verge dans le traitement de la maladie de La Peyronie.

D. ROSSI

Hôpital Salvator, 249 Bd de Ste Marguerite, 13009 MARSEILLE

RÉSUMÉ

La maladie de La Peyronie est à l'origine d'une courbure de la verge, pouvant rendre douloureux voire empêcher les rapports sexuels. Un traitement chirurgical peut être proposé après échec du traitement médical. Il a pour but de restituer une érection autorisant la pénétration. A côté des plasties modelantes des corps caverneux les implantations de prothèses (semi-rigides, gonflables et implants souples) ont des indications exceptionnelles. Ces indications font intervenir la réponse érectile aux injections intracaverneuses de drogues vasoactives et l'état anatomique de la verge et des corps caverneux.

Mots clés: *maladie de La Peyronie, prothèse de verge*

Les indications de mise en place d'une prothèse de verge en cas de maladie de La Peyronie sont exceptionnelles. Elles sont le plus souvent le fait d'une pathologie associée (impuissance). Peu de séries publiées dans la littérature sont exploitables et permettent de se faire une idée précise, réaliste et objective sur cette technique. Les indications se sont encore plus compliquées avec l'arrivée sur le marché des implants souples dont l'utilisation reste à ce jour mal codifiée.

LES PARTICULARITES DE LA MISE EN PLACE DE PROTHESE EN CAS DE MALADIE DE LA PEYRONIE

- **Les voies d'abord** pour la mise en place de prothèse chez un malade atteint de maladie de La Peyronie sont celles utilisées pour les autres indications. Une variante dans la mise en place de ces prothèses a été proposée [1] (Fig. 1). Elle consiste à aborder les corps caverneux au travers d'une incision allant du milieu de la face dorsale de la verge au scrotum. La plaque est abordée et incisée transversalement puis la prothèse est insérée par cet orifice. La cavernotomie est alors refermée en utilisant une greffe de vaginale (le testicule étant extériorisé par la même incision) ou une prothèse vasculaire.

- **la dilatation des corps caverneux** ne pose pas de problème particulier

- **un geste associé sur la plaque** est souvent nécessaire pour redresser parfaitement la verge une fois la prothèse placée

- **Résultats:** 88% de bons résultats toutes prothèses confondues [2].

Le risque d'infection (environ 5%) justifie des mesures strictes d'asepsie et une couverture antibiotique comme dans toute chirurgie prothétique.



Figure 1 :

LE MATERIEL UTILISÉ

A. LES PROTHESES SEMI-RIGIDES

La mise en place isolée de la prothèse est insuffisante pour corriger la déviation et nécessite un geste associé sur la plaque (voir chapitre suivant) dans 75% des cas (2,5). Après 5 ans d'utilisation 92% des couples auraient des rapports réguliers, mais seulement 48% d'hommes et 40% des partenaires se disent satisfaits. Ces chiffres sont semblables à ceux des séries de prothèses pour des indications différentes. Les principales plaintes sont pour les hommes: la diminution de la sensibilité, les problèmes de dissimulation, la persistance de la déviation et pour les femmes: la diminution de la circonférence, l'impression de gland froid, la dyspareunie et le manque de naturel [5].

B. LES PROTHESES GONFLABLES

On crée une érection artificielle en début d'intervention pour apprécier le degré de courbure et la localisation des zones de fibrose. La mise en place de la prothèse est conduite par une voie infra pubienne de façon standard. La prothèse est gonflée afin de voir si un geste complémentaire est nécessaire. Dans plus de la moitié des cas, la correction de l'angulation est insuffisante et justifie un geste complémentaire. Plusieurs techniques sont alors utilisables. Après dégonflage partiel, une incision circonférentielle suivie d'un déshabillage permet d'aborder la plaque et de l'inciser au bistouri électrique sur la prothèse gonflée [4]. En cas

de gros défauts, une couverture de la prothèse par du PTFE ou PETP est parfois nécessaire. La mise en place de 2 fantômes dans les corps caverneux met en évidence la zone de courbure et l'on peut alors sans risque pour le matériel définitif réaliser au bistouri froid une série de petites incisions sur la concavité pour l'allonger sous forme d'une résille (Mesh Expansion) [3]. La prothèse ne sera pas gonflée pendant 6 semaines en cas d'incision de la plaque ou de l'albuginée.

Le modelage manuel de la verge sur une prothèse gonflable [11] est une alternative évitant un abord de la plaque. Une fois les cylindres, la pompe et le réservoir mis en place et la cavernotomie refermée, on gonfle la prothèse puis on clampé les tubulures de la pompe pour éviter les surpressions responsables d'altérations de la pompe. On plie alors la verge du côté opposé à la déviation en maintenant la position durant 90 secondes. On cherche ainsi à obtenir une rupture de la plaque fibreuse qui se reconnaît par un craquement caractéristique. Cette manoeuvre sera renouvelée jusqu'à obtenir une rectitude de la verge nécessitant parfois de compléter ou de diminuer le remplissage des cylindres. On s'assurera toujours que la suture de la cavernotomie a résisté à la manoeuvre de correction.

Avantages: évite l'abord de la plaque donc simplifie le geste. Ce procédé selon ses promoteurs n'entraîne pas plus de complications et de dégradation du matériel que la mise en place simple de prothèse. Il serait efficace dans plus de 85% des cas.

Inconvénient: oedème et douleur post opératoires sont nettement plus marqués qu' après mise en place simple de prothèse. Les prothèses gonflables nécessitent plus de réinterventions que les prothèses semi rigides [7].

C. LES IMPLANTS SOUPLES

La voie d'abord peut être circonférentielle, péno-scrotale ou péno pubienne comme le conseille Subrini. Incision arciforme en V inversé à la jonction de la peau abdominale et de la peau pénienne qui a comme avantage par rapport à l'incision verticale d'éviter la formation d'une bride fibreuse réalisant un néo-ligament suspenseur (Fig. 2).

Les implants péniens souples composés de deux cylindres homogènes de silicone souples de 25 cm de longueur sont mis en place dans les corps caverneux après cavernotomie et calibrage du corps caverneux par des bougies d'Hegar ou avec le dilatateur atraumatique. Les implants seront coupés à la longueur adéquate, déterminée à l'aide du gabarit. Les indications de mise en pce d'implants souples nécessitent souvent un allongement de la verge associé. Il sera réalisé par section du ligament suspenseur de la verge et désinsertion caverno-pubienne. Les fibres unissant les corps caverneux au pubis sont coupées



Figure 2

aux ciseaux en restant au contact de l'os afin d'éviter de blesser la veine profonde. Les corps caverneux doivent être entièrement libérés jusqu'à une profondeur de 7 cm. Une interposition de tissu graisseux suturé dans l'espace ainsi créé prévient une réinsertion ultérieure. La peau est fermée selon une plastie Y-V inversée pour couvrir le corps caverneux libéré. L'allongement de la face dorsale du corps caverneux (qui est raccourci par la plaque fibreuse) permet de corriger les courbures dorsales. Il faut parfois réaliser une glanduloplastie pour repositionner le gland en regard de l'extrémité des implants. Les implants péniens souples modifieraient les conditions hémodynamiques locales et par le volume qu'ils occupent diminueraient d'autant le volume vasculaire à remplir. Ils permettraient, par une faible augmentation de volume, d'atteindre le point critique et donc d'obtenir une rigidité. Les avantages, selon le promoteur de la technique: excellente fiabilité, simplicité, très faible taux de complications, arrêt de l'évolution et régression de la maladie par l'expansion du tissu érectile dans toutes les directions, conservation de l'érection existante et même amélioration y compris du gland, pas de retard à l'éjaculation, allongement de la verge [8, 9]. Ces résultats demandent à être confirmés par d'autres études.

LES INDICATIONS DE MISE EN PLACE DE PROTHESE DANS LA MALADIE DE LA PEYRONIE

1. LES ELEMENTS DE REFLEXION

Le traitement chirurgical de la maladie de La Peyronie concerne environ 10% des malades et les indications de prothèses représentent 10% de cette sélection....L'indication de prothèse est dans la majorité des cas le fait d'une pathologie surajoutée (impuissance). Le prix du matériel prothétique doit être aussi un élément de réflexion: semirigide (6000 - 8000 F), gonflable (20 000 -30 000 F), implants souples (10 000 F).

2. LES INDICATIONS «FACILES»

- **La Peyronie + anérection et test intra caverneux¹ < 0 :**

- petite verge peu extensible : semirigide
- verge souple : gonflable en tenant compte du désir du couple et de l'habileté manuelle pour manipuler la pompe
- pas d'indication d'implants souples

- **La Peyronie + rigidité normale:**

- technique de redressement
- aucune indication de prothèse ni d'implants

3. LES INDICATIONS «DIFFICILES»

- **La Peyronie + rigidité incomplète :**

- test intra caverneux > 0: redressement + injections intracaverneuses. Les implants souples trouveraient pour leurs promoteurs une bonne indication dans cette situation. Il est impossible de conseiller actuellement cette technique en routine.
- test intra caverneux < 0: indication de prothèse. Le redressement + vacuum peut être envisagé

- **La Peyronie + verge courte:**

Prudence extrême dans les indications. Jamais de matériel prothétique en cas d'érection normale. Un redressement + allongement de verge peut être envisagé

CONCLUSION

- l'indication de prothèse dans la maladie de La Peyronie sans impuissance ou avec test intra caverneux positif est exceptionnelle, difficile à poser et ... à assumer [6, 10].
- la place des implants souples est mal définie. Leur pose en cas d'érection insuffisante mais conservée doit être réservée à quelques équipes expérimentées.

1 : test intracaverneux sous entend que plusieurs produits ont été testés à plusieurs reprises et que l'érection provoquée ne permet jamais la pénétration malgré des doses élevées

REFERENCES

1. COHEN E.S.,SCHMIDT J.D.,LOWELL PARSONS C. Peyronie's disease: surgical experience and presentation of a proximal approach. J. Urol.,1989, 142, 740-742.
2. EIGNER E.B.,KABALIN J.N.,KESSLER R. Penile implants in the treatment of Peyronie's disease. J. Urol., 1991, 145, 69-72.
3. GELBARD M.K. Relaxing incisions in the correction of penile deformity due to Peyronie's disease. J. Urol., 1995, 154, 1457-1460.
4. KNOLL L.D.,FURLOW W.L.,BENSON R.C.jr. Management of Peyronie disease by implantation of inflatable penile prosthesis. Urology, 1990, 36, n°5, 406-409.
5. MONTORSI F.,GUAZZONI G.,BERGAMASCHI F.,RIGATTI P. Patient partner satisfaction with semirigid penile prosthesis for Peyronie's disease: a 5-year followup study. J. Urol., 1993, 150, 1819-1,21.
6. PRYOR J. La maladie de La Peyronie: étiologie et chirurgie. Cahiers de Sexol. Clin., 1995, 21,23-28.
7. ROSSI D.,RATTIER C.,COULANGE C.,SERMENT G. Les résultats de l'implantation de prothèses de verge gonflables. Prog Urol, 1993, 3, 796-802.
8. SUBRINI L. Surgical treatment of Peyronie's disease using penile implants: survey of 69 patients. J. Urol., 1984, 132, 47-50.
9. SUBRINI L. Les implants peniens souples dans la restauration de la fonction érecile. Ann Urol, 1993, 27, n°3, 183-191.
10. TREIBER U., GILBERT P. Surgical treatment of Peyronie's disease. Urol. Int., 1991,47,240-244.
11. WILSON S.K.,DELK J.R.II. A new treatment for Peyronie's disease: modeling the penis over an inflatable penile prosthesis. J. Urol.,1994,152,1121-1123.

ABSTRACT

The place of penile prosthesis in the treatment of Peyronie's disease

D.ROSSI

In Peyronie's disease, a penile curvature makes sexual intercourse painful or impossible. Surgery is a treatment option after medical treatment failure. The aim of surgery is to restore an erection allowing sexual intercourse. Beside corpus cavernosus modeling procedures, penile prosthesis implantation (i.e., semi-rigid, inflatable, or implants) is rarely indicated. Such procedures should be based on erectile response to intracavernous injection and penile and corpus cavernosus anatomy.

Key-words : Peyronie's disease, penile prosthesis.