



Pan African Urological Surgeons' Association

African Journal of Urology

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Article Original

Maladie de Lapeyronie: Aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 17 cas



Ze Ondo cyrille*, Sow yaya, Mouss Banga roland bertille, Fall boubacar, Sarr alioune, Thiam amath, Diao babacar, Ndoye alain khassim, Ba mamadou, Diagne baye assane

CHU aristide Le Dantec Dakar Sénégal (université Cheick Anta Diop)

Reçu le 25 mai 2013; reçu sous la forme révisée le 15 novembre 2013; accepté le 21 novembre 2013

MOTS CLÉS

maladie de Lapeyronie;
douleur;
courbure;
dysfonction érectile;
Sénégal

Résumé

Buts: rapporter les aspects cliniques et thérapeutiques de la maladie de Lapeyronie (MLP).

Matériel et méthodes: étude descriptive monocentrique recrutant 17 cas de MLP dans un service d'urologie au Sénégal entre janvier et décembre 2012. L'âge des patients, les motifs de consultation, le délai de consultation, l'examen des plaques de fibrose, le degré de courbure, le traitement et ses résultats ont été analysés.

Résultats: l'âge moyen était de 58,2 ans (33 et 80 ans). La courbure était la plainte la plus observée (13 patients/17) et isolée chez 4 patients. La douleur pénienne était observée chez 4 patients et la dysérection chez 7 patients. Le délai de consultation moyen était de 21,2 mois (1 et 72 mois). Le grand axe moyen des plaques de fibrose était 2,8 cm (0,5 et 7,5 cm). Le degré de courbure de la verge moyen était de 31,6 (0 et 95). Neuf patients ont reçu un traitement à base de vitamine E et des infiltrations de corticoïdes dans la plaque. Il a été efficace chez 3 patients vus à la phase inflammatoire. Un redressement satisfaisant de verge par plicature de l'albuginée des corps caverneux selon Nesbit a été réalisée chez 5 malades en phase de séquelle. Trois patients n'ont pas pu être opérés.

Conclusion: la MLP a une faible prévalence et la plupart des patients consultent en phase de séquelle. Le traitement médical a été efficace à la phase inflammatoire et la chirurgie a permis de régler la courbure.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zeczyrille@yahoo.fr (Z.O. cyrille).

Peer review under responsibility of Pan African Urological Surgeons' Association.



Production and hosting by Elsevier

1110-5704 © 2014 Pan African Urological Surgeons' Association.

Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.afju.2013.11.004>

KEYWORDS

Peyronie's disease;
penile pain;
penile curvature;
erectile dysfunction;
Senegal

Abstract

Objectives: to report clinical and therapeutic aspects of Peyronie's disease (PD).

Materials and Methods: the study is a retrospective descriptive study from a single center in which 17 cases of PD were identified in a urology department in Senegal between January and December 2012. Several parameters were studied such as patient's age, reason for consultation, delay in presentation, fibrotic plaques features, degree of deformity, treatment and outcomes.

Results: mean age was 58,2 years (33 to 80 years). Penile curvature was the most observed complaint (13 patients), in 4 patients it was the only symptom. Penile pain was observed in 4 patients and erectile dysfunction in 7 patients. Mean delay in presentation was 21,2 months (1 to 72 months). Mean diameter of fibrotic plates was 2,8 cm (0,5 to 7,5 cm). Average degree of penile curvature was 31,6 (0 to 95). Nine patients were treated with vitamin E and intralesional corticosteroid injections. It was effective in three patients seen during the inflammatory phase. A satisfactory straightening of the penis by plication of the tunica albuginea of the corpora cavernosa according to Nesbit was performed in 5 patients undergoing sequelae. Three patients could not be operated.

Conclusion: The PD has a low prevalence and most patients consult in the phase of sequelae. Medical treatment is effective in the inflammatory phase and surgery can resolve the penile deformity.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

Introduction

La maladie de Lapeyronie (MLP) ou induration plastique des corps caverneux est une fibrose segmentaire acquise localisée entre l'albuginée et les corps caverneux. Sa prévalence serait de 3,2 à 8,9% dans la population masculine [1]. Les données étiopathogéniques actuelles incriminent pour la plupart un traumatisme comme facteur déclenchant d'un processus assez complexe dont l'aboutissement serait une anomalie localisée du processus de cicatrisation dans la MLP [2]. Nous rapportons dans ce travail 17 cas de MLP en insistant sur les aspects cliniques et thérapeutiques de cette affection.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique dans laquelle des patients ont été recrutés dans un service d'urologie au Sénégal entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2012. Les données cliniques et thérapeutiques ont été analysées. Nous nous sommes intéressés à l'âge des patients, aux motifs de consultation, au délai de consultation, à l'examen des plaques de fibrose, au degré de courbure (évaluer au cours d'une érection pharmacologique), aux modalités thérapeutiques et aux résultats thérapeutiques.

Résultats

Nous avons recruté 17 patients porteurs de MLP. L'âge moyen de nos patients était de 58,2 ans (extrêmes 33 et 80 ans). La courbure était la plainte la plus observée (13 patients/17) et elle était isolée chez 4 patients. La douleur pénienne était observée chez 4 patients et la dysfonction érectile chez 7 patients. Le délai de consultation moyen était de 21,2 mois (extrêmes 1 et 72 mois). Le grand axe des plaques de fibrose moyen était de 2,8 cm (extrêmes 0,5 et 7,5 cm). La plaque était unique dans 12 cas et multiple dans 5 cas. Le degré de courbure de la verge moyen était de 31,6 degré (extrêmes 0 et 95 degré) et avait un impact sur l'intromission lors des rapports sexuels à partir de 45 degrés (Figures 1 et 2). La longueur des plaques ne semblait pas avoir un impact important sur la fonction érectile ni sur le degré de courbure de nos patients (Tableaux 1 et 2). Le traitement



Figure 1

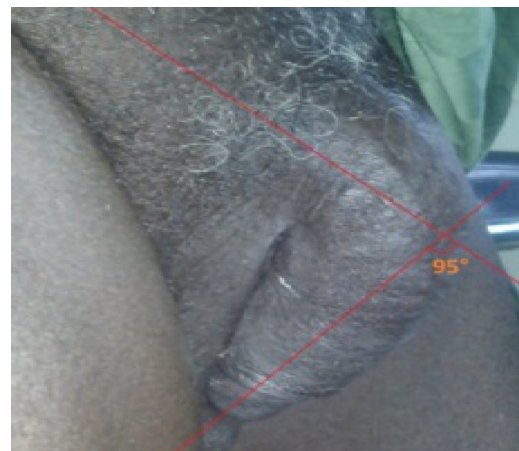


Figure 2

Tableau 1 Rapport entre la longueur de la plaque et la dysfonction érectile.

	Normal	Dysfonction érectile	Nombre
≤1 cm	4	1	5
2 cm	2	1	3
3 cm	2	2	4
4 cm	-	1	1
5 cm	-	1	1
>5 cm	2	1	3
Total	10	7	17

médical était proposé chez 9 patients à base de vitamine E (500 mg deux fois par jour en per os) associée à des infiltrations de corticoïdes dans la plaque (acétate de méthylprednisolone 80 mg toutes les deux semaines) durant une période variant entre 3 à 6 mois. Ce traitement médical n'a été satisfaisant que chez les 3 patients vus à la phase inflammatoire avec réduction des douleurs associé à une disparition complète des plaques chez 2 patients et à une stabilisation de la taille chez 1 patient. Aucune amélioration de la taille de la plaque n'a été observée chez les autres patients en phase de séquelles. Le traitement chirurgical a été proposé aux patients ayant une difficulté voire une impossibilité d'intromission. Il a été réalisé chez 5 patients et il a consisté en un redressement de la verge par plicature de l'albuginée des corps caverneux selon Nesbit. Il a permis ainsi d'obtenir une intromission et des rapports sexuels satisfaisants. Deux patients ont refusé cette plicature des corps caverneux. Le traitement de la dysfonction érectile par les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) apportait une réponse satisfaisante chez tous les patients qui avaient une érection suffisamment et moyennement rigide lors du test d'érection induite. Ce traitement était inefficace chez l'un de nos patients qui présentait une forme sévère de MLP avec dysfonction érectile organique, l'indication de mise d'une prothèse pénienne a été posée mais non effectuée à cause du coût élevé d'un tel outil thérapeutique.

Discussion

Durant la période de l'étude, la prévalence de la MLP chez les hommes reçus en consultation d'urologie était de 0,9%. Certaines études estiment cette prévalence entre 0,4 et 9% [1-3] voire même 20% notée dans des séries autopsiques [4]. L'âge moyen de nos patients était de 58,2 ans (33- 80 ans). La MLP est une affection qui s'installe le plus souvent après la cinquantaine [2,5]. Cependant, la survenue de cette dernière avant 40 ans n'est pas exceptionnelle [2], dans notre série 2 patients étaient dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Le délai de consultation moyen de nos malades était de 21,2 mois (1-72 mois). Muyschondt [6] dans une étude de 21 patients avait rapporté un délai moyen de 38,9 mois tandis que pour Sansalone [7], le délai moyen était de 35 mois (8 mois et 24 mois). Ces constatations font penser que la douleur en phase inflammatoire n'incite pas les patients à consulter, ce qui n'est pas le cas lorsqu'apparaît une courbure de la verge en érection gênant l'intromission au moment des rapports sexuels. Ces longs délais avant la consultation pourraient également s'expliquer par le fait que les douleurs de la verge en érection bien que fréquentes dans la phase initiale inflammatoire, régressent avec le temps jusqu'à disparaître spontanément dans la majorité des cas [2,3,8]. La courbure est le symptôme le plus fréquent à la phase de séquelle et elle est observée dans 50 à 100% des cas de MLP [2]. Notre degré d'incurvation moyen était de 31,6 degré (0-95 degré). Kamran [9] dans une série de 34 patients, avait rapporté une moyenne de 60 degré (15 et 110 degrés). Le grand axe des plaques de nos patients était en moyenne de 2,8 cm (0,5 à 0,75 cm). Les plaques seraient le plus souvent méconnues des patients dans 38 à 62% des cas [2]. Dans notre série 8 patients ignoraient l'existence de plaques sur leur verge.

Nous n'avons pas eu recours aux examens complémentaires pour établir le diagnostic de la maladie. L'examen clinique nous a toujours suffi. Cependant, l'échographie peut parfois objectiver les plaques de l'albuginée avec une fiabilité d'environ 60 à 95% [10]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut également montrer l'atteinte dans environ 70 à 90% des cas sous la forme d'un épaissement de l'albuginée périphérique cependant, ses limites telles que le diagnostic de plaques fibreuses infiltrantes sans épaissement local de l'albuginée ou les problèmes d'interprétation liés aux courbures de la verge, semblent réserver l'IRM aux protocoles prospectifs ou à certaines difficultés diagnostiques [5].

Le traitement médical associant la vitamine E per os et les infiltrations de corticoïdes dans les plaques a été instauré chez 9 de nos patients. Il s'est avéré efficace sur la douleur dans trois cas. Le traitement oral à base de vitamine E aurait un effet positif sur la douleur [11] mais ces résultats n'ont pas été confirmés par d'autres études [12]. L'impact des infiltrations de corticoïdes au niveau des plaques dépendrait du stade évolutif. Nous avons noté une disparition complète des plaques chez 2 patients en phase inflammatoire et une stabilisation de la taille chez 1 patient dans la même phase. Aucune amélioration de la plaque n'a été observée chez les autres patients en phase de séquelles. Demey [13] rapporte que les effets des infiltrations de corticoïdes sur la plaque étaient moindres mais non négligeables avec 31,1% d'amélioration ou disparition, les meilleurs répondeurs étaient les patients de moins de 50 ans présentant une petite plaque distale. Cipollone [14] dans sa série n'a pas permis de conclure à l'intérêt des injections de stéroïdes. Certains

Tableau 2 Rapport entre la taille des plaques et le degré de courbure.

	≤1 cm	2 cm	3 cm	4 cm	≥5 cm	Total
0 degré à 15 degré	5	2	-	-	1	8
16 degré à 30 degré	-	-	-	1	1	2
31 degré à 45 degré	-	1	2	-	-	3
46 degré à 60 degré	-	-	1	-	-	1
61 degré à 75 degré	-	-	1	-	-	1
>75 degré	-	-	-	-	2	2
Total	5	3	4	1	4	17

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

auteurs suggèrent une alternative à cette combinaison, ils proposent l'association de la vitamine E à la colchicine car ce traitement semblerait le mieux adapté à la phase inflammatoire d'autant plus pour sa quasi innocuité, même s'il recommande de plus amples investigations [15,16].

D'autres traitements oraux ont été initiés à base de Potaba (potassium para-amino benzoate), de tamoxifène avec des résultats assez mitigés [17,18]. De même des traitements locaux à base de verapamil ou d'interféron alpha ont été utilisés pour réduire la fibrose mais leurs bénéfices restent très discutés [2].

Dans notre étude la chirurgie de redressement de la verge a été réalisée chez 5 patients. La technique de plicature selon Nesbit nous a semblé satisfaisante car elle permettait d'avoir une verge correcte tant sur le plan esthétique que fonctionnel, malgré la réduction de la taille. Les résultats sont globalement bons avec un taux de satisfaction allant de 67 à 100% selon les études [19]. La correction chirurgicale de l'incurvation ne doit être pratiquée qu'après un recul de 12 mois et une stabilité d'au moins 3 à 6 mois [15].

D'autres procédés de chirurgie réparatrice sont décrites notamment la plastie cavernuse d'allongement. Ils sont indiqués pour des hommes avec une bonne capacité érectile, une déformation complexe et ou supérieur à 60 degré, une déformation en sablier ou une longueur de verge insuffisante. Dans ces situations on pourra recourir aux incisions greffes, aux autogreffes ou enfin aux hétérogreffes avec des résultats plus ou moins satisfaisants en fonction des études [2,5].

La mise en place d'une prothèse pénienne semble être la meilleure option pour les hommes atteints de dysfonctionnement érectile sévère ne pouvant être améliorés par d'autres traitements notamment par les IPDE5 [15]. Les implants péniens gonflables auraient de résultats meilleurs sur les implants semi-rigides [20].

Conclusion

La MLP a une faible incidence dans notre pratique. La plupart des patients consultent à la phase de séquelle et cette consultation est le plus souvent motivée par une courbure empêchant l'intromission au moment des rapports sexuels. La courbure et la dysfonction érectile ne semblent pas avoir de rapport avec le grand axe des plaques. Une réduction de la douleur et de la taille des plaques peut être obtenue à la phase inflammatoire avec un traitement médical. La plicature de l'albuginée selon Nesbit nous semble efficace à court terme en cas d'incurvation de la verge empêchant l'intromission.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Références bibliographiques

- [1] -Mulhall JP, Creech SD, Boorjian SA, Ghaly S, Kim ED, Moty A, et al. Subjective and objective analysis of the prevalence of Peyronie's disease in a population of men presenting for prostate cancer screening. *Journal of Urology* 2004;171:2350-3.
- [2] Alenda O, Beley S, Ferhi K, Cour F, Chartier Kastler E, Haertig A, et al. Physiopathologie et prise en charge de la maladie de Lapeyronie. *Progrès en Urologie* 2010;20(2):91-100.
- [3] Nicolas MJ, Paparel P, Ruffion A, Courtois F, Leriche A. Maladie de Lapeyronie: prise en charge en 2009. *Progrès en Urologie* 2009;19:98-103.
- [4] Smith BH. Subclinical peyronie's disease. *American Journal of Clinical Pathology* 1969;52:385-90.
- [5] Fritsch Andrieu N, Kleinclauss F. Traitement de la maladie de lapeyronie. *Progrès en Urologie* 2009;19:902-6.
- [6] Muyschondt C, Faix A, Costa P, Droupy S. Evaluation Clinique et paraclinique de la maladie de Lapeyronie. Place des questionnaires et du pharmaco-doppler pénien. *Progrès en Urologie* 2012;22:113-9.
- [7] -Sansalone S, Garaffa G, Djinovic R, Egydio P, Vesposiani G, Miano R, et al. Simultaneous penile lengthening and penile prosthesis implantation in patients with peyronie's disease, refractory erectile, and severe penile shortening. *Journal of International Sexual Medicine* 2012;9:316-21.
- [8] -Mulhall JP, Schiff J, Guhring P. An analysis of the natural history of peyronie's disease. *Journal of Urology* 2006;175:2115-8.
- [9] -Kamran P, Brian S, Sagar A, Ronald WL. The Yachia corporoplasty for peyronie's disease: a single institution 9 years experience. *Journal of Urology* 2008;179:408.
- [10] Schouman-Claeys E. Valeur et place de l'imagerie de la maladie de Lapeyronie. *Andrologie* 1998;8:148-56.
- [11] -Pryor JP, Farrell CR. Controlled clinical trial of vitamin E in la Peyronie's disease. *Progress in Reproductive Biology And Medicine* 1983;9:41-5.
- [12] -Safarinejad MR, Hosseini SY, kolahi AA. Comparison of vitamin E and propionyl-L-carnitine, separately or in combination, in patients with early chronic peyronie's disease: a double blind, placebo controlled, randomized study. *Journal of Urology* 2007;178:1398-403.
- [13] Demey A, Chevallier D, Bondil P, Toubol J, Amiel J. L'infiltration intra cavernuse de corticoïdes est elle réellement sans intérêt dans la maladie de Lapeyronie? *Progrès en Urologie* 2006;16:52-7.
- [14] Cipollone G, Nicolai M, Mastroprimario G, Iantorno R, Longeri D, Tenaglia R. Betamethasone versus placebo in Peyronie's disease. *Archivio Italiano Di Urologia Andrologia* 1998;70:165-8.
- [15] Ferreti L, Faix A, Droupy S. La maladie de Lapeyronie. *Progrès en Urologie* 2013;23(9 jul):674-84.
- [16] Prieto Castro RM, Leva Vallejo ME, Reguero Lopez JC, Anglada Curado FJ, Alvarez kindeland J, Requena Topia MJ. Combined treatment with vitamin E and colchicine in the early stage of lapeyronie's disease. *British Journal Of Urology International* 2003;91:522-4.
- [17] -Weidner W, Hauck EW, Schnitker J. Potassium para-aminobenzoate (POTABA) in the treatment of Lapeyronie's disease: a prospective, placebo-controlled, randomized study. *European Urology* 2005;47:530-6.
- [18] -Teloken C, Rhoden EL, Grazziotin TM, Ros CT, Sogari PR, Souto CA. Tamoxifen versus placebo in the treatment of Lapeyronie's disease. *Journal Of Urology* 1999;162:2003-5.
- [19] Kadioglu A, Akman T, Sanli O, Gurkan L, Cakan M, Celtik M. Surgical treatment of Lapeyronie's disease: a critical analysis. *European Urology* 2006;50:235-48.
- [20] -Chahal R, Gogoi Nk Sundaram SK, Weston PM. Corporeal plication for penile curvature caused by Peyronie's disease the patients perspectives. *British Journal of Urology International* 2001;87:352-6.