

COURRIER DES LECTEURS

*Le courrier du Dr Jean Dorémieux (Andrologie, 1998, n°3,421-423)
a suscité la réponse ci-dessous.*

Je tenais à vous remercier vivement de votre courrier à la revue ANDROLOGIE qui tombe à pic dans mes réflexions sur la maladie de La Peyronie et comme vous demandez une idée, je vous révèle la mienne qui rejoint vos descriptions de recherche d'une méthode thérapeutique. Interne en Urologie à GRENOBLE avec Michel REVOL, assistant avec Gilbert FAURE, j'ai connu les traitements non invasifs, de la vitamine E au Potoba que l'on pourrait qualifier de cauthère sur une jambe de bois si les termes ne prêtaient à rire. Mes maîtres m'avaient inculqué la notion de la guérison spontanée possible et j'avoue n'avoir jamais eu besoin jusqu'à ces dernières années, de proposer un geste chirurgical : je n'ai donc jamais abordé au bistouri une plaque de La Peyronie, bien que familier par ailleurs avec les coudes congénitaux de la verge ou la chirurgie des hypospadias.

Sur la foi d'un article écrit par un rhumatologue dans la REVUE DU PRATICIEN, qui donnait le chiffre de 50% de succès, j'ai fait quelques infiltrations avec des corticoïdes retard (ALTIM, une ampoule par mois trois fois), à la phase douloureuse, dans les premiers mois de la maladie, mais je n'ai pas l'impression d'une aussi grande efficacité que sus décrite.

C'est en discutant avec un ami orthopédiste et chirurgien de la main le docteur Gérard HOEL, que l'idée a surgi d'appliquer aux plaques de la maladie de La Peyronie la même technique qu'à la rétraction des gaines des fléchisseurs de la maladie de Dupuytren : par simple voie percutanée, avec une aiguille verte, casser la plaque et maintenir ensuite la rectitude par la rééducation c'est à dire l'érection soit spontanée soit provoquée par masturbation ou par IIC.

Ce geste qui peut s'effectuer sous neuroleptanalgésie et bloc pénien, débute par une érection artificielle qui permet de localiser précisément la coudure, de la photographier. L'aiguille verte par des mouvements transversaux va permettre d'obtenir sur table une remise en rectitude qu'il faut rapidement photographier car il se produit alors une extravasation de sérum physiologique qui déforme les contours de la verge. On termine par la mise en place d'une bande élastique autoadhésive autour de la verge. Le traitement peut être effectué en ambulatoire, le patient sortant avec des antalgiques et le conseil d'avoir une à trois érections par semaine de manière régulière pendant six semaines. S'il pré-existe des troubles érectiles, un apprentissage des IIC doit être préalablement effectué.

Je propose cette technique aux patients qui relèveraient à mon sens d'une intervention, c'est à dire présentant un coude qui gêne réellement le rapport et sur une maladie évoluant depuis plus d'une année ; il s'agit, pour moi d'une alternative que je propose à titre d'essai au lieu d'un geste chirurgical classique de Nesbit ou de plastie veineuse, en prévenant le patient qu'il s'agit d'une technique nouvelle et dont le résultat à distance est incertain.

Cette idée thérapeutique correspond bien aux pistes que vous soulevez dans votre lettre, et cela m'a frappé au congrès américain de SAN DIEGO de 1998 de voir lors de la session consacrée à ce sujet que toutes les méthodes thérapeutiques utilisant l'injection de drogues dans la plaque ont le même taux approximatif de réussite ou d'échec !! c'est selon, que j'attribuerais plus à l'effet mécanique de l'injection qu'à la drogue, et qui sont supérieurs aux résultats de l'évolution spontanée.

Je concluerais en confirmant que, comme vous, je pense que c'est l'ouverture sur les autres spécialités chirurgicales, sur leurs techniques et sur leurs idées qui est l'avenir plus que l'hyperspécialisation à outrance.

Dr Frédéric HOSATTE, Urologue, Grenoble