

Résultats cliniques et hémodynamiques du traitement par embolisation et chirurgie directe des dysfonctions érectiles par fuite caverno-veineuse

Eric ALLAIRE, Ronald VIRAG, Hélène SUSSMAN, Pascal HAUET, Sébastien BELEY, Marc GALIANO

Résumé

Objectifs :

Le concept de dysfonction érectile (DE) par fuite caverno-veineuse (FCV) reste toujours controversé malgré des évidences cliniques et hémodynamiques démontrées de longue date, notamment dans le cas d'impuissance primaire. Reprenant les travaux pionniers, présentés ici même à plusieurs reprises, et bénéficiant des avancées technologiques de l'exploration ultrasonore, de l'imagerie et du couplage de l'endovasculaire avec la chirurgie directe, nous présentons ici une étude documentée de l'efficacité de la chirurgie de ces FCV.

Patients et Méthodes

41 patients porteurs d'une dysfonction érectile (DE) sévère due à des fuites caverno-veineuses (FCV), dont 20 (49%) avec une DE primaire, résistante au traitement médical, sans intervention pénienne préalable, ont été opérés par une association d'embolisation et de chirurgie ouverte. Le bilan pré-opératoire et l'évaluation trois mois après l'intervention comportaient un test pharmacologique permettant une caractérisation clinique de la rigidité pénienne-érectile hardness score- (EHS) et hémodynamique (échographie-Doppler pénienne sous stimulation pharmacologique établissant un score veineux). L'anatomie des fuites était établie par caverno-scanner (classification de Virag et Paul).

Résultats

La moyenne d'âge était de 43.6 ans (20 – 67 ans). Sept patients (17%) étaient diabétiques, trois avaient une atteinte artérielle modérée. 85.4% des patients avaient une association de fuites profondes et superficielles.

Deux patients ont eu une embolie pulmonaire, dont un porteur d'une mutation hétérozygote du Facteur II de la coagulation. L'EHS (normal ≥ 3) après stimulation pharmacologique était de 2.01 ± 0.67 avant, 3.63 ± 0.75 après l'intervention ($p < .0001$, test de Student). Le score veineux a diminué de 4.69 ± 1.74 à 1.88 ± 1.55 ($p < .0001$).

A la fin du suivi moyen de 15.0 ± 10.0 mois, cinq patients (12.2%) ont été réopérés pour DE et FCV persistantes, trois patients (7.3%) ont reçu une prothèse pénienne, quatre autres (7.3%) ne pouvaient avoir de rapports avec pénétration, avec un EHS < 3 . Le taux de succès primaire (EHS ≥ 3 , pas d'implant, pénétrations possibles, pas de ré-opération) (29 patients) était de 70.7 %. Le taux de succès secondaire après ré-opération (34 patients) était 82.9%. 11 patients parmi les 34 (32.3%) avec un succès secondaire pouvaient avoir des rapports avec pénétration sans traitement médical. En incluant les trois patients avec un implant, 37 patients (90.2%) pouvaient avoir des rapports avec pénétration, alors qu'avant l'intervention, 37 (90.2%) ne pouvaient avoir de rapport avec pénétration malgré un traitement médical. Les taux de succès primaire et secondaire étaient semblables que les suivis soient inférieurs ou supérieurs à 24 mois (test du Chi-2, NS). Le délai moyen de diagnostic d'échec primaire était de 4.3 ± 1.5 mois (3-6 mois) après la chirurgie.

Les patients opérés pour une ED primaire étaient plus âgés que ceux pour une DE secondaire ($p < 0.0001$). Les taux de succès primaire et secondaire étaient similaires, avec ou sans diabète, et que la DE soit primaire ou secondaire. Il existait une corrélation entre l'EHS post-opératoire et les paramètres hémodynamiques veineux (test de corrélation de Spearman).

Conclusion :

Une caractérisation fonctionnelle, hémodynamique et anatomique des FCV, permet de réaliser des interventions associant embolisation et chirurgie ouverte, avec des résultats à 15 mois très encourageants chez des patients atteints d'une DE sévère résistante au traitement médical.