

Améliorer l'érection par la médecine et la chirurgie vasculaire - Des progrès et des projets (Ronald VIRAG et Eric ALLAIRE) - (Paris)

Ronald VIRAG, E. ALLAIRE

Résumé

Il y a trois raisons pour parler de médecine et chirurgie vasculaire de l'érection.

1. Les traitements disponibles sont plus symptomatiques qu'étiologiques
2. Les plus simples iPDE5 (Viagra et assimilés) ne sont efficaces qu'une fois sur deux
3. Les Injections intracaverneuses (IIC) et implants pénis ne sont pas acceptés par tous et en particuliers les plus jeunes..

Chercher à traiter l'étiologie dominante vasculaire des DE n'est pas nouvelle et fut l'apanage, comme souvent dans l'Histoire de la Médecine de chirurgiens pionniers : Woten (1904), Lowsley (dans les années 30) et plus près de nous Michal (1977) qui à l'instar de Vineberg proposa de revasculariser les corps caverneux. Ce dernier fut le déclencheur de l'intérêt de quelques uns, (Palma, Crespo, Le Veen) pour le traitement étiologique vasculaire de la DE qui se heurta à deux écueils :

- la structure même de l'artère pudendale interne, longue, frêle et peu accessible
- la méconnaissance de l'hémodynamique particulière de l'érection

Grâce à la pratique de l'érection artificielle (1978) puis de la stimulation pharmacologique de l'érection (1982) l'écueil hémodynamique a été contourné et une proposition logique d'intervention a été formulée pour les insuffisances d'apport artériel, de maintien caverno-veineux et mixte artériel et veineux. C'est ici même que l'un d'entre nous (RV) en rapporta les premiers résultats avec le concept d'artérialisation de la veine dorsale profonde de la verge (VDP). Après un enthousiasme initial des urologues suivi d'un désenchantement devant la complexité de la réalisation et un désintérêt persistant des vasculaires, l'affaire disparut des radars d'autant mieux que la « petite pilule bleue » sonna, pour beaucoup, le glas de la chirurgie. Têtu, RV a persisté opérant au total, près de mille patients avec cette approche simplifiant les techniques et améliorant l'exploration (Echo-doppler et cavernoscanner). Puis Eric (EA) vint le rejoindre apportant son expérience de la recherche chirurgicale, sa rigueur et son expérience de l'endovasculaire. C'est pourquoi nous pouvons parler de progrès et projets. Déjà évoqués précédemment ici par EA, nous vous présentons les résultats d'une étude portant sur 45 cas de fuites caverno-veineuses résistantes aux différents traitements médicaux. La classification nouvelle des FCV (RV et JF Paul J. Sex Med 2009) a permis de mieux identifier les lésions au cavernoscanner. Avec un recul moyen de 14 mois, 81,2% ont été significativement améliorés (EA et al European J. of vascular and endovasc surg. 2020). L'identification de nouvelles anomalies par écho-doppler (Sussman H) et cavernoscanner au niveau du fond des corps caverneux (CC) et par communication caverno-spongieuses challengent ces résultats encourageants et stimulent la recherche de solutions nouvelles (embolisation percutanée ou profonde, exclusion de la portion intrapénienne des CC). De même, sont réétudiées les possibilités de l'artérialisation de la VDP et de la revascularisation haute, cette dernière bénéficiant de l'expérience de l'endovasculaire aorto-iliaque. L'absence de modèle animal crédible nous ramène naturellement à l'amphithéâtre et à l'étude anatomique.

Le deuxième volet important d'un traitement étiologique de la DE est l'approche de stimulation et/ou reconstruction biologique du tissu érectile. Nous irons du plus complexe au plus simple utilisé actuellement.

- Les cultures et réimplantation de tissu caverneux (et aussi d'albuginée) présentés en son temps à notre académie (2013) par son promoteur Anthony Atala n'ont pas encore trouvé d'application humaine.
- Les IIC de cellules mononucléaires provenant de la moelle osseuse ou mesenchymateuse dérivée du tissu adipeux sont en phase d'évaluation clinique (R.Yiou Europ Urology 2016) dans le traitement des DE après prostatectomie radicale et par d'autres équipes sur des modèles de DE chez les rats diabétiques.
- Prenant modèle sur l'utilisation avec succès du PRP (plasma enrichi en plaquettes) dans la maladie de Lapeyronie, et avec lequel 37% des patients ayant une DE associée à leur affection avait constaté une amélioration de leurs érections nous avons construit un protocole clinique pour les DE vasculaire sans FCV significative. La méthodologie est simple et ne nécessite pas de technologie complexe et d'autorisation autre que le consentement du patient. Le sang est prélevé et centrifugé in situ, puis réinjecté immédiatement sous contrôle échographique dans différentes zones des CC. Un programme initial prévoit 4 séances espacées d'un mois chacune au terme desquels un bilan comportant étude clinique chiffrée et réponse au test PNORT qui sont évalués comparativement à l'état préclinique. Les premiers résultats sont encourageants mais souffrent d'un manque de rigueur inhérent à l'inhomogénéité des étiologies, la difficulté d'avoir des sujets vierges d'autres thérapeutiques, et donc l'impossibilité de larges études cliniques comparatives. L'élément prometteur c'est la large utilisation du PRP dans d'autres domaines pathologiques et l'intérêt que porte la recherche fondamentale à l'étude des plaquettes et des facteurs de croissance

vasculaire, voir même l'immunologie si l'on en croit les pionniers de l'ARNm.
Centre d'Exploration et Traitement de l'Impuissance (CETI)