



Diagnostic radiologique de l'impuissance masculine

Radiological diagnosis of impotence

C. Roy (Professeur des Universités, praticien hospitalier) *,
S. Tetekpor (Chef de clinique-assistant associé)

Service de radiologie B, Centre hospitalier universitaire de Strasbourg, Hôpital civil,
1, place de l'Hôpital, B.P. 426, 67091 Strasbourg cedex, France

MOTS CLÉS

Dysfonction érectile ;
Échographie-doppler ;
Artériopathie ;
Diabète ;
Maladie de La
Peyronie ;
IRM

Résumé Les étiologies d'une dysfonction érectile sont très nombreuses. Parmi les causes organiques, l'origine vasculaire avec ses deux types, insuffisance veino-occlusive et défaut d'apport artériel, est la plus fréquente. Ils sont fréquemment associés et présents dans de nombreuses maladies. L'échographie-doppler avec injection intracaverneuse est l'examen de première intention à la suite d'un bilan clinique approfondi. La technique est très rigoureuse. Cet examen de référence permet un diagnostic formel d'insuffisance d'apport artériel et soupçonne un défaut d'occlusion veineuse. Les indications des méthodes invasives ont considérablement diminué au profit de l'examen doppler. Ceci est expliqué par l'apparition d'une pharmacopée efficace et également par les résultats aléatoires des divers traitements chirurgicaux ou de radiologie interventionnelle vasculaire. Les autres méthodes d'imagerie non invasives, tomographie par ordinateur ou imagerie par résonance magnétique, actuellement en évaluation, sont prometteuses.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Erectile dysfunction;
Doppler
ultrasonography;
Atherosclerosis;
Diabetes;
La Peyronie disease;
MRI

Abstract Erectile dysfunction has a wide range of aetiologies. Among organic disorders, vascular origin is by far the most common type; it may be either a veno-occlusive dysfunction or an arterial insufficiency by reduction of flux in atherosclerosis. These two subtypes are frequently associated and present in numerous diseases. Ultrasonography with Doppler analysis after intracavernous injection of a vasoactive substance is a major first-line investigation for initial diagnosis. The strict technical procedure makes this examination able to establish a definite and accurate diagnosis for arterial insufficiency and to suspect veno-occlusive dysfunction. Invasive methods have been replaced progressively by Doppler examination. The reason may be the availability of new efficient drugs and also the variable results obtained from surgery and vascular interventional radiology. Other techniques such as CT or MRI, today under clinical evaluation, are promising.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

« Prouve que tu es un homme, tel est le défi permanent auquel est confronté un être masculin ». Élisabeth Badinter. *XY de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob Editeur, 1992.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : catherine.roy@chru-strasbourg.fr (C. Roy).

Introduction

L'impuissance sexuelle correspond à une dysfonction érectile définie comme une incapacité d'obtenir ou de maintenir une érection suffisamment durable et rigide pour permettre un rapport sexuel satisfaisant. Le terme de dysfonction érectile exclut les troubles de la libido, de l'éjaculation et de l'orgasme, de même que le priapisme.

Cette définition est un concept médical qui est à intégrer dans le contexte socioculturel du patient. Le diagnostic d'impuissance sexuelle masculine doit donc être établi à la suite d'une consultation médicale basée sur une écoute et une démarche rigoureuse.

Sa prévalence est très certainement sous-estimée, même parmi les groupes à risques (diabète, tabac, hypertension artérielle, etc.).

Les étiologies sont nombreuses et parmi les causes organiques, celles d'origine vasculaire sont les plus fréquentes.

L'imagerie occupe, surtout depuis la découverte de l'action érectogène de la papavérine, une place de choix dans les moyens d'investigation car elle intervient dans le diagnostic de lésion vasculaire et d'autres lésions organiques responsables directement ou non de la dysfonction érectile.

La meilleure connaissance de la pathogénie de l'érection et les récents progrès thérapeutiques dans les différentes disciplines médicales concernées ont considérablement amélioré la prise en charge globale des patients atteints de dysfonction érectile.

Généralités

Anatomie de la verge (Fig. 1)^{1,2}

La verge est formée de corps érectiles : deux corps caverneux situés à la face antérieure ou ventrale et un corps spongieux à la face postérieure ou dorsale. Les corps caverneux sont entourés par une enveloppe rigide et épaisse, l'albuginée, puis par le fascia pénien de Buck qui engaine également le corps spongieux. Les corps caverneux prennent appui dans leur partie proximale sur les branches ischiopubiennes juste en avant des tubérosités ischiatiques. Le tissu des corps caverneux correspond à des espaces vasculaires appelés sinusoides ou lacs veineux. Ils forment un réseau complexe d'aréoles communicantes. Leur paroi est constituée de fibres musculaires lisses soutenues par une matrice de tissu collagène et recouverte de cellules endothé-

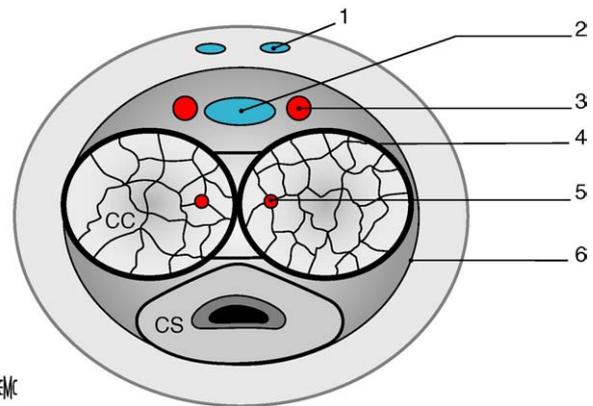


Figure 1 Anatomie de la verge. CC : corps caverneux ; CS : corps spongieux contenant l'urètre. 1. Veines dorsales superficielles ; 2. veine dorsale profonde ; 3. artère dorsale ; 4. albuginée et septum intercaverneux plus épais entre les deux corps caverneux ; 5. artère caverneuse ; 6. fascia pénien de Buck (ou fascia penis).

liales. Dans cette paroi cheminent des branches artérielles (artères hélicines), des veinules émissaires et des terminaisons nerveuses. Le septum intercaverneux séparant les deux corps caverneux est le siège de multiples petites ouvertures qui sont traversées par des anastomoses vasculaires connectant les différents espaces sinusoides. Le tissu du corps spongieux est identique mais moins dense. Le corps spongieux est entouré, dans sa portion proximale, par le muscle bulbo-caverneux. Il s'évase dans sa partie distale pour former le gland. Il est parcouru dans toute sa longueur par l'urètre. Bien qu'il augmente également de volume lors de l'érection, il n'a pas de rôle significatif dans la fonction érectile.

Vascularisation (Fig. 2)^{3,4}

Vascularisation artérielle

Elle est assurée par les branches de l'artère honteuse interne, collatérale de l'artère iliaque interne ou hypogastrique. L'artère honteuse interne pénètre dans le périnée par la petite échancrure sciatique en arrière et en dessous du petit ligament sacro-ischiatique. Elle longe ensuite la paroi externe de la fosse ischio-rectale dans le canal d'Alcock puis suit la branche ischiopubienne où elle est facilement accessible à une analyse doppler par voie périnéale. Elle se termine en dessous de la symphyse pubienne en changeant de direction pour gagner vers l'avant et le dedans la racine de la verge puis devenir l'artère dorsale de la verge. Au niveau de ce changement de direction, l'artère honteuse interne se divise d'abord en une artère périnéale superficielle qui vascularise les tissus mous périnéaux et scrotaux puis une artère pénienne. Cette dernière émet plusieurs collatérales

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9390058>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9390058>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)