

# Mise au point sur la chirurgie de la verge

## Focus on penile surgery

FX Madec [1,2], P Desvaux [3], X Martin [4,5], D Chevallier [5,6], T Lebret [2], A Faix [1,7]

1- Membre du Comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'Association Française d'Urologie.

2- Service d'urologie - Hôpital Foch - 40, rue Worth 92151 Suresnes.

3- Cabinet de sexologie - 11, rue Magellan 75008 Paris.

4- Service d'urologie - CHU Edouard Herriot - 5 place d'Arsonval 69003 Lyon.

5- Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie - Les Cordeliers - 15, rue de l'Ecole de Médecine 75006 Paris.

6- Département d'urologie et transplantation rénale - CHU Pasteur 2 - 06001 Nice.

7- Centre d'urologie du polygone – Les bureaux du Polygone - 265, avenue des États du Languedoc 34000 Montpellier.

### Résumé

Les indications de chirurgie pénienne se sont précisées, une mise au point a été effectuée à l'Académie Nationale de Chirurgie. Pour la maladie de Lapeyronie, avec l'utilisation des injections intra plaques de clostridium histolyticum, la place de la chirurgie s'est modifiée, mais reste un standard de traitement. La courbure congénitale plus rare se traite principalement avec les corporoplasties de type Nesbit, mais l'âge optimal pour la correction doit encore être précisé. L'implant pénien est le traitement chirurgical de référence en cas de dysfonction érectile réfractaire aux traitements pharmacologiques et mécaniques ; les évolutions ont permis d'optimiser les résultats avec une satisfaction élevée et un taux de complications limitées, paradoxalement il reste sous-utilisé. Les demandes de pénoplasties sont en augmentation ; la stadification des patients en fonction de la taille du pénis, la possibilité de pénétration et la présence de dysmorphophobie est indispensable. Les techniques de chirurgie esthétique ont une efficacité limitée sur la satisfaction avec des complications élevées. En cas d'anomalie réelle de la taille de verge, les phalloplasties (proches des techniques de réassignation sexuelle) restent l'option de choix. Toutes ces chirurgies nécessitent une prise en charge globale avec une évaluation psychologique.

### Mots clés

- ◆ Courbure congénitale de verge
- ◆ Implant pénien
- ◆ Maladie de Lapeyronie
- ◆ Penoplastie

### Abstract

Indications for penile surgery have been clarified and a focus at the French Academy of Surgery has been made. For Peyronie's disease, surgery remains the gold-standard despite the emerging trend of intralesional injection of clostridium histolyticum. For congenital penile curvature, less frequent, the surgery consists in doing a corporeoplasty with the Nesbit procedure for instance, but the optimal age to perform the surgery remains debated. The penile implant is the gold standard for the management of erectile dysfunction with unsuccessful pharmacological or mechanical approaches. Recent progress have increased outcomes with a low rate of complications. This later technique remains, however, rarely performed. Penoplasties are more and more discussed, a gradation of patients on the penile size, intercourse possibility and presence of dysmorphophobia is mandatory. Aesthetic surgical procedures have a low rate of satisfaction with a high rate of complications. In case of a true penile size anomaly, the phalloplasty (close to gender reassigning procedures) are of a great interest. Overall, all procedures on genitalia need a global assessment including a psychological evaluation.

### Keywords

- ◆ Congenital penile curvature
- ◆ Penil implant
- ◆ Peyronie's deases
- ◆ Penoplasty

### Correspondance

Dr François-Xavier Madec MD

Service d'urologie - Hôpital Foch - 40, rue Worth 92151 Suresnes.

E-mail : madecfx@hotmail.com

Les chirurgies du pénis sont spécialisées et nécessitent une approche globale du patient.

Les indications chirurgicales se sont précisées et ont fait l'objet d'une mise au point à l'académie nationale de chirurgie. L'objectif est de rappeler les indications et les principales techniques chirurgicales actuellement utilisées pour la prise en charge de la maladie de Lapeyronie, la courbure de verge, la dysfonction érectile et les pénoplasties, ainsi que l'évaluation psycho-sexologique nécessaire pour ce type de chirurgie.

## Maladie de Lapeyronie

Pour proposer un traitement chirurgical, la maladie de Lapeyronie doit être stabilisée (symptômes ayant commencé il y a au moins six mois et souvent plus d'un an, avec une stabilité de la déformation et une absence de douleur évolutive depuis trois à six mois), responsable d'une insatisfaction sexuelle liée à une déformation significative rendant la pénétration difficile (1). L'intervention est proposée après échec/refus/efficacité insuffisante d'un traitement conservateur (injection intra plaque de clostridium histolyticum) (2). L'objectif principal est d'améliorer les difficultés de pénétration secondaire à la courbure, en conservant une érection rigide et une taille de pénis suffisante.

Disponible en ligne sur [www.academie-chirurgie.fr/publications/les-e-memoires](http://www.academie-chirurgie.fr/publications/les-e-memoires)

1634-0647 © 2018 Académie Nationale de Chirurgie.

Tous droits réservés. DOI : 10.26299/fqqt-rw42/emem.2018.2.009

Trois stratégies chirurgicales peuvent être proposées :

1. Les corporoplasties (plicatures) qui traitent le côté opposé à la plaque. Elles sont proposées en cas de courbure simple (< 60°), avec une fonction érectile conservée et une taille de verge suffisante. Les principales techniques utilisées sont le Nesbit (redressement du pénis par cliquature) ou le Yacchia (incisant l'albuginée des corps caverneux et cliquature) ou l'Essed Schroeder, 16 ou 24 points (plicatures simples) ne l'ouvrant pas.
2. Les incisions/excisions greffon traitent directement la zone de fibrose, elles sont proposées en cas de courbure sévère (> 60°), complexe ou si le pénis est court, mais avec une fonction érectile conservée. Les principaux patchs utilisés sont des greffons hétérologues : la sous muqueuse intestinale de porc [SIS®, Cook™], l'éponge hémostatique [Tachosil® Takeda] et plus rarement les greffons autologues : veineux, tunique vaginale, ou muqueuse buccale.
3. Les implants pénien, sont utilisables quel que soit la déformation et la longueur de la verge, lorsque la fonction érectile est altérée. Ils restaurent de façon optimum la rigidité du pénis et lorsqu'ils sont associés à d'autres gestes corrigent la courbure (modeling, incision/excision patch) et allongent la taille du pénis (sliding technique) (3).

## Courbures congénitales de la verge

La courbure congénitale du pénis (CCP) est définie comme la présence d'une courbure lors de l'érection sans anomalie de l'urètre de type hypospade, épispade ou exstrophie. La déformation est principalement ventrale et souvent identifiée lors des érections spontanées pendant l'enfance ou à la puberté.

Le traitement chirurgical est retenu lorsque la courbure est invalidante pour l'activité sexuelle ou lorsqu'elle est responsable d'une gêne psychologique ou esthétique. Il n'y a pas de consensus ou d'algorithme pour le moment de l'intervention ni de la stratégie à adopter. (4)

L'âge indiqué pour la chirurgie reste controversé, puisque le développement du pénis se termine à la fin de la puberté, et incite à une correction après celle-ci. Cependant avoir une apparence normale des organes génitaux pendant la puberté est nécessaire au bon développement psychosexuel et une correction tardive impacte négativement la qualité de vie de ces patients, motivant des chirurgies prépubertaires. Actuellement la correction de la CCP est proposée six à 12 mois avant le début des activités sexuelles. (5)

Plusieurs éléments ont été identifiés comme responsable de la CCP, l'hypoplasie ventrale du fascia de Buck, du dartos, et du corps spongieux, une croissance disproportionnée des corps caverneux ou un corps spongieux court. En fonction de l'anomalie, les techniques chirurgicales sont le déshabillage de la verge, le traitement de la convexité (les plicatures) ou le traitement de la concavité du pénis. L'approche chirurgicale est décidée progressivement pendant l'intervention, en fonction des constatations opératoires et des résultats du test d'érection, mais les différentes options potentielles sont expliquées au patient avant le geste opératoire.

Les plicatures (Nesbit le plus souvent) restent le traitement le plus souvent utilisé, et nécessitent pour les courbures ventrales une dissection des bandelettes vasculo-nerveuses. En cas de courbure sévère, d'hypoplasie du corps spongieux, ou de verge courte, le traitement de la concavité avec dissection du corps spongieux, corporotomie plus patch ou section urétrale avec uréthroplastie peuvent être proposés le plus souvent en plusieurs temps opératoires, mais les indications restent rares. (6)

## Implant pénien

L'implant pénien est le traitement chirurgical de référence en cas de dysfonction érectile réfractaire aux traitements pharmacologiques et mécaniques. (7)

Plusieurs innovations ont eu lieu faisant évoluer les implants initialement semi-rigides (malléables), vers les prothèses gonflables deux pièces puis trois pièces, qui sont actuellement fiables et considérées comme le standard. (8) L'intervention s'effectue par voie péno-scrotale ou sus-pubienne, ce qui permet de positionner les cylindres dans les corps caverneux, le réservoir dans l'espace de Retzius, et la pompe dans le scrotum. La longueur et l'anatomie du pénis, l'étiologie de la dysfonction érectile, les interventions chirurgicales antérieures ainsi que la dextérité manuelle du patient, influent sur le choix du type de prothèse.

La satisfaction post opératoire pour le patient et sa partenaire est élevée (supérieure à 80 %), mais dépend aussi de facteurs psychologiques et relationnels. Le taux d'infection du matériel est inférieur à 3 %, mais à tendance à diminuer du fait d'un meilleur contrôle des facteurs de risque. Cette complication reste la principale cause d'explication du matériel. Des pannes mécaniques du dispositif peuvent survenir, elles sont actuellement estimées à 5 % avec un suivi moyen de huit ans. Les autres complications sont l'érosion du matériel, des lésions de l'urètre, les perforations de l'albuginée du corps caverneux, et d'exceptionnelles plaies de vessie ou d'intestin. L'objectif de ce traitement est de restaurer de façon optimale la fonction érectile, mais la longueur du pénis n'est pas améliorée (9).

La prothèse pénienne est l'atout essentiel de la dysfonction érectile réfractaire. Contrairement aux pratiques en Amérique du Nord (25 000 par an), ce traitement reste sous-utilisé en France (750 par an) (10) malgré une satisfaction élevée et des complications limitées.

## Chirurgie plastique : pénoplastie (allongement/élargissement/remplacement)

Les demandes de pénoplasties du pénis interviennent dans deux situations, la première étant les anomalies réelles de la taille du pénis rendant la pénétration impossible, la seconde étant les patients se plaignant de l'aspect de leur pénis alors que la longueur et la largeur du pénis sont normales et que les rapports sexuels sont possibles. (11)

La plupart des patients demandeurs d'une prise en charge présentent différents degrés de dysmorphophobie, sans anomalie clinique du pénis retrouvé. Leurs troubles peuvent néanmoins avoir des répercussions psychiatriques, relationnelles et sociales importantes, et créer des troubles sexuels. Chez ces patients, la prise en charge doit commencer par une information sexologique, et un traitement psychologique voire psychiatrique. En cas de plainte persistante, il convient de

mentionner de façon détaillée les résultats et les complications de chaque traitement. Les indications chirurgicales doivent être bien discutées, peu invasives et rester rares. (12)

On parle d'anomalie de longueur du pénis pour une taille inférieure à 7 cm en traction maximale. Cependant des difficultés sexuelles pour la pénétration peuvent survenir pour des longueurs inférieures à 10 cm.

Les techniques chirurgicales peuvent être regroupées en deux catégories :

- celles améliorant la taille ou donnant une perception d'allongement de la verge à l'état flaccide. Avec notamment l'injection d'agents comblant dans le fourreau pénién (lipofilling de verge), la section du ligament suspenseur de verge, les plasties cutanées (V-Y ou Z) ainsi que liposuction, ou la lipectomie sus-pubienne éventuellement associée à une exérèse cutanée notamment en cas de verge enfouie ;
- les autres techniques permettent d'améliorer la taille de la verge en érection, mais sont bien plus invasives et donc seulement indiquées chez les patients où la pénétration est impossible.

Pour les patients présentant, un pénis court entre 7 et 10 cm, la sliding technique (avec implant pénién en cas de maladie de Lapeyronie) ou le désassemblage complet du pénis peuvent être proposés (13).

Chez les patients avec un micropénis (inférieur à 7 cm) et pour ceux ayant des malformations urogénitales complexes (exstrophie, cloaque, micropénis, aphallie), la phalloplastie dont les techniques sont similaires aux chirurgies de réassignation sexuelle reste l'option de choix (14).

## Aspects psychosexuels de la chirurgie de la verge

La méconnaissance des aspects psychologiques est source de mauvaise compréhension et d'attentes non réalistes pour la chirurgie de la verge. Une évaluation minimale psycho-sexologique par l'urologue, éventuellement aidé d'un sexologue est nécessaire pour dépister des comorbidités psychologiques, relationnelles ou sociales. Elle est associée à une information préopératoire définissant les objectifs, présentant les résultats, les limites de l'intervention et préparant les patients à d'éventuelles complications. Le suivi après la chirurgie permet d'optimiser les résultats, en facilitant l'intégration physique et psychologique de l'intervention dans la nouvelle sexualité du patient, au sein du couple.

## Conclusion

Les chirurgies pour les pathologies de la verge restent une option de choix. Les indications se sont précisées, mais elles sont le plus souvent pratiquées par des urologues spécialisés ayant une formation complémentaire en andrologie, sexologie, et chirurgie péniénne. L'approche psychosexuelle complémentaire permet de conforter l'indication chirurgicale et de limiter l'insatisfaction des patients.

## Références

1. Nehra A, Alterowitz R, Culkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, Heidelbaugh JJ, et al. Peyronie's Disease: AUA Guideline. J Urol. 2015; 194(3):745-53.
2. Bella AJ, Lee JC, Grober ED, Carrier S, Benard F, Brock GB. 2018 Canadian Urological Association guideline for Peyronie's disease and congenital penile curvature. Can Urol Assoc J. 2018. Available from: <http://cuaj.ca/index.php/journal/article/view/5255>
3. Sherer BA, Levine LA. Contemporary Review of Treatment Options for Peyronie's Disease. Urology. 2016; 95:16-24.
4. Makovey I, Higuchi TT, Montague DK, Angermeier KW, Wood HM. Congenital Penile Curvature: Update and Management. Curr Urol Rep. 2012; 13(4):290-7.
5. Ozkuvanci Ü, Ziyilan O, Dönmez MI, Yucel OB, Oktar T, Ander H, et al. An unanswered question in pediatric urology: the post pubertal persistence of prepubertal congenital penile curvature correction by tunical plication. Int Braz J Urol. 2017; 43(5):925-31.
6. Polat EC, Erdem MR, Topaktas R, Ersoz C. Our Experience in Chordee without Hypospadias: Results of 102 Cases. Urol J. 2014; 11(4):1783-7
7. Burnett AL, Nehra A, Breau RH, Culkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. Erectile Dysfunction: AUA Guideline. J Urol. 2018; 200(3):633-41.
8. Rodriguez KM, Pastuszak AW. A history of penile implants. Transl Androl Urol. 2017; 6(S5):S851-7.
9. Narang GL, Figler BD, Coward RM. Preoperative counseling and expectation management for inflatable penile prosthesis implantation. Transl Androl Urol. 2017; 6(S5):S869-80.
10. Lipsker A, Saljoghi R, Lecuelle D, Caillet K, Alezra E, Le Roux F, et al. Évolution du nombre et du type de prothèses péniennes posées en France pour dysfonction érectile : analyse des données nationales de codage pour la période 2006-2013. Prog Urol. 2016; 26(9):485-91.
11. Campbell J, Gillis J. A review of penile elongation surgery. Transl Androl Urol. 2017; 6(1):69-78.
12. Marra G, Drury A, Tran L, Veale D, Muir GH. Systematic Review of Surgical and Nonsurgical Interventions in Normal Men Complaining of Small Penis Size. Sex Med Rev. 2019; S2050-0521(19)30012-5
13. Rolle L, Ceruti C, Timpano M, Sedigh O, Destefanis P, Galletto E, et al. A New, Innovative, Lengthening Surgical Procedure for Peyronie's Disease by Penile Prosthesis Implantation with Double Dorsal-Ventral Patch Graft: The "Sliding Technique." J Sex Med. 2012; 9(9):2389-95.
14. Garaffa G, Antonini G, Gentile V, Ralph DJ. Phalloplasty for the genetic male. Transl Androl Urol. 2012; 1(2):103-8.