

Auto-amputation de la verge traitée d'emblée par réimplantation : à propos d'un cas et revue de la littérature

Self-amputation of the penis treated by immediate reimplantation: a case report and review of the literature

Naina Sylvio RANDRIANANDRASANA¹, E. SOLOFOARIMANANA¹, T. RABEMANANTSOA¹, H.Y.H. RANTOMALALA¹, A.F. RAKOTOTIANA²

¹ Service d'Urologie « A », CHU-JRA, Ampefiloha, Antananarivo, BP 4150, Madagascar

² Service d'Urologie « B », CHU-JRA, Ampefiloha, Antananarivo, BP 4150, Madagascar

Résumé

L'auto-amputation de la verge est une urgence urologique gravissime, heureusement rare. La gravité découle de l'urgence hémorragique d'une part et des difficultés opératoires et des complications post-opératoires d'autre part. Les cas d'automutilations génitales externes chez l'homme font l'objet de publication sporadique. Leur incidence est mal connue. La prévalence est estimée entre 1 et 4% dans la population générale américaine. A Madagascar, ceci est le premier cas rapporté. L'auto-amputation survient le plus souvent dans un contexte psychotique. La pathologie la plus incriminée est la schizophrénie. Mais elle peut aussi être secondaire à l'abus d'alcool et de drogue. Elle se rencontre le plus souvent chez les hommes jeunes. Le traitement de référence est la réimplantation microchirurgicale. Une chirurgie sans microscope peut être réalisée, avec de bon résultat. Toutefois, et ceci est primordial, il faut avoir un avis psychiatrique avant toute décision chirurgicale. Nous rapportons ici le cas d'une auto-amputation de la verge dans un contexte alcoolique et de drogue. Nous passons en revue la littérature et les rapports de cas sur l'amputation de la verge et son étiologie, la prise en charge chirurgicale et les complications.

Abstract

Auto-amputation of the penis is an extremely serious urological emergency, although fortunately a rare one. The seriousness of the condition stems from the hemorrhagic urgency on the one hand, and the operative difficulties and post-operative complications on the other. Cases of external genital self-mutilation are the subject of sporadic publication. Their incidence is poorly known. Prevalence is estimated at between 1% and 4% in the general American population. In Madagascar, this is the first reported case. Auto-amputation most often occurs in a psychotic context. The most common pathology is schizophrenia. But it can also be secondary to alcohol and drug abuse. It occurs most frequently in young men. The gold standard treatment is microsurgical re-implantation. Surgery without a microscope can be performed, with good results. However, psychiatric advice is essential before any surgical decision is taken. We report here on a case of self-amputation of the penis in an alcoholic and drug-induced context. We review the literature and case reports on penis amputation and its etiology, surgical management and complications.

Mots-clés : auto-amputation, Madagascar, réimplantation, schizophrénie, verge.

Keywords : self-amputation, Madagascar, replantation, schizophrenia, penis.

1. Introduction

L'auto-amputation de la verge est un accident rare, mais grave [1]. Il s'agit d'une blessure intentionnelle qu'un sujet s'inflige sans intention apparente de se donner la mort [2]. Ce comportement concerne 1 à 4% de la population générale [3]. C'est un phénomène peu courant et qui est souvent associé à des troubles mentaux [4]. Très peu de cas sont rapportés dans la littérature sur cette pathologie qui touche un organe aussi important que sensible [1]. Le premier cas de mutilation génital chez l'homme a été rapporté par Strock en 1901 dans la littérature anglaise. Bien que la pathologie ait été considéré comme inconnu en Afrique, quelques cas ont été rapportés au Kenya et au Nigéria [5]. L'auto-amputation constitue une extrême urgence par répercussions tant sur le plan de la sexualité, de la miction que de la modification du schéma corporel [1] ; et par le fait qu'elle peut revêtir des significations de suicide sexuel ou de genre [4]. La prise en charge est chirurgicale : la réimplantation pénienne peut être tentée sous certaines conditions qui sont parfois difficiles à réunir [4]. Nous rapportons ici un cas d'auto-amputation de la verge, chez un patient jeune, dans un contexte éthylique et de drogue.

2. Observation

Monsieur R. H., âgé de 29 ans, a été conduit par ses proches aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) pour une auto-amputation de la verge. Il s'était sectionné la verge à l'aide d'une lame de rasoir. L'interrogatoire a retrouvé une notion de dispute avec sa conjointe dans un état d'ébriété. Le patient vit en concubinage et est le père d'un petit garçon de 6 mois. Nous n'avons pas retrouvé la notion de troubles psychiatriques dans ses antécédents. Le patient affirme prendre de la drogue de temps en temps. La dernière prise remonte le matin de son traumatisme. L'examen physique nous a permis de mettre en évidence un patient en état d'ivresse. L'amputation de la verge était complète, à sa racine et avec saignement actif (figure 1). Les testicules étaient mis à nu, sans autres lésions particulières.

(figure 2). Le moignon distal a été ramené à l'hôpital dans un morceau de tissu propre et a été tout de suite placé dans du sérum physiologique (figure 3), puis placé dans un sac contenant de la glace. Nous avons noté une hémostase spontanée après son arrivée à l'hôpital. L'état hémodynamique était stable à son admission.

Sur le plan thérapeutique, le patient a été pris en charge au bloc opératoire 3 heures après son traumatisme. Nous avons procédé à une réimplantation de la verge sous anesthésie générale. Dans un premier temps, nous avons réalisé une anastomose termino-terminale de l'urètre avec du Vicryl® 4/0, sur une sonde vésicale charrière 16, qui a été laissée en place. Les corps caverneux ont été rapproché par du Vicryl® 3/0 (figures 4 et 5). Nous n'avons pas pu réaliser une anastomose nerveuse et vasculaire faute de microscope ou de loupe grossissante. En post-opératoire immédiat, la verge ne présentait pas de signes d'ischémie (figure 6). Une consultation psychiatrique a été faite le lendemain de l'intervention, sans pathologie psychiatrique notable décelée par le médecin psychiatre.

Au 8ème jour post-opératoire, l'évolution a été marquée par une nécrose de moignon distal. Nous avons réalisé une amputation du moignon nécrosé, suivi d'une uréthroscopie périméale. Les suites opératoires ont été correctes. La sortie a été autorisée au 12ème jour post-opératoire.

Le patient a été revu en consultation à un mois de l'intervention, sans problème particulier.



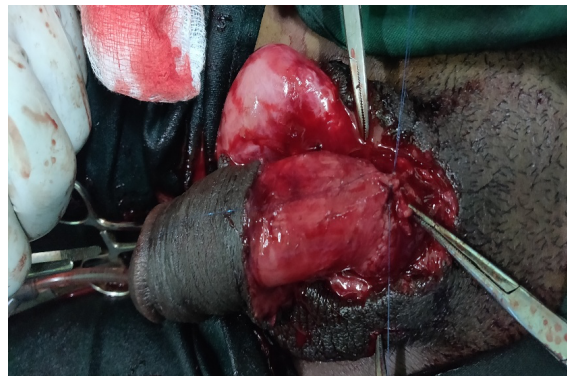
Figure 1. Section nette de la verge avec saignement actif.



Figure 2. Testicules mis à nu, sans autre lésion associée.



Figure 3. Segment amputé conservé dans du sérum physiologique.



Figures 4 et 5. Anastomose uréthro-urétrale sur sonde urinaire et rapprochement des corps caverneux.



Figure 6. Aspect postopératoire immédiat.

3. Discussion

Les cas d'auto-amputations de la verge sont rares et font l'objet de publications sporadiques dans la littérature [6]. Leur prévalence a été estimée entre 1 et 4% dans la population générale américaine et 4,6 à 6,6% au Royaume-Uni [4]. L'incidence des automutilations génitales est mal connue puisque selon Lennon la majorité des cas ne sont pas rapportés par le patient ou la famille. L'automutilation est plus fréquente dans la population masculine et survient le plus souvent chez l'adulte jeune [2], comme c'est le cas chez notre patient.

Sur le plan historique, le 1er cas d'automutilation des organes génitaux externes a été rapporté en 1901 [1]. L'émasculature existe depuis l'antiquité et était motivée par des considérations religieuses. Dans la mythologie grecque, Cybèle, une déesse, et Attis, un bel adolescent, partageaient une folle passion amoureuse. Cependant, pour ne pas trahir la confiance du roi Pessimonte qui lui avait promis sa fille, Attis s'émascula et mourut de sa blessure. Ressuscité par Cybèle, Attis devient le symbole de la renaissance et de l'immortalité. Inspirés par ce mythe, les prêtres de Cybèle s'infligeaient une émasculature volontaire [6]. Toujours pour appuyer cette considération religieuse, nous pouvons aussi citer l'histoire de Combatus, jeune Syrien d'une grande beauté qui, avait reçu du roi, la mission délicate d'accompagner la reine Stratonice dans son voyage à Hiérapolis (en Phrygie). Il décida de s'émasculer et d'enfermer ses organes génitaux externes dans un coffret qu'il confia au roi. Ceci pour confondre ses calomnieux à son retour. Ainsi, il fut comblé d'honneur par le roi [1].

Sur le plan étiologique, l'automutilation des organes génitaux externes peut survenir chez un patient psychotique dans 87% des cas [2] ou non [1]. Le passage à l'acte est précipité par un sentiment profond de frustration lié à une dysfonction érectile, à une prise de drogue [2] comme c'est le cas chez notre patient. En 1979 [6], sur une série de 53 cas d'auto-amputations de la verge, les auteurs relevaient que 83% des patients étaient psychotiques et 13% étaient transsexuels ou présentaient des troubles du caractère. L'existence d'un terrain d'éthylisme ou de toxicomanie est également soulignée dans la littérature. Les automutilations en rapport avec une ingestion d'alcool sont rapportées dans 25% des cas dans la littérature [1]. La pathologie psychiatrique la plus fréquemment incriminée est la schizophrénie [6]. Outre la schizophrénie, le comportement automutilateur est également associé à de nombreux troubles mentaux : retard mental, troubles de la personnalité et tout particulièrement la personnalité borderline [4]. L'automutilation génitale masculine la plus fréquente est l'ablation du testicule (uni ou bilatérale), suivie de la laceration de la peau scrotale ou pénienne et enfin, l'amputation de la verge [2]. Dans un certain nombre de cas, l'automutilation génitale peut être associée à une mutilation d'autres parties du corps, notamment la main, la langue ou l'œil [1]. Qu'elle survienne chez un sujet sain ou atteint d'une affection psychiatrique, l'automutilation génitale a toujours une fonction psychologique : elle atténue les émotions perturbatrices résultant d'un stress, satisfait un manque sous-tendu par les neuromédiateurs (endorphines, dopamine), déplace une douleur morale sur le corps, communique à autrui une souffrance psychologique, réifie le sentiment d'exister dans les états de dépersonnalisation et enfin, répond à un sentiment de culpabilité [3]. De ce fait, il est en effet suggéré qu'en l'absence de symptômes psychotiques manifestes, l'automutilation des organes génitaux externes doit être considérée comme un signe de schizophrénie [5].

Sur le plan clinique, en cas d'amputation de la verge, le patient consulte en général le même jour [1], et le délai de consultation dépasse rarement les 6 heures [4]. Tel a été le cas de notre patient. En effet, alerté par l'hémorragie, l'entourage du patient se

précipite la plupart du temps avec celui-ci dans une structure hospitalière. Dans d'autres cas, ces patients ne consultent que devant des complications [4], telles qu'une rétention aigue des urines ou un choc hémorragique [1]. Les patients sont généralement stables à leur admission. L'hémostase est très souvent spontanée au niveau du moignon proximal, comme ce fut le cas pour notre patient. L'examen local permet de déterminer le caractère total ou partiel de l'amputation, ainsi que la tranche de section. Pour notre patient, la tranche de section est nette ; l'objet contentant étant tranchant. Le bilan général doit permettre d'abord d'évaluer et entamer une prise en charge initiale des lésions graves mettant en danger la vie du patient, puis d'évaluer l'état psychologique et psychiatrique, d'évoquer une intoxication alcoolique, l'usage de drogue sans oublier la question transgenre [7].

Sur le plan thérapeutique, l'exploration chirurgicale en urgence est la règle et le traitement de référence est la réimplantation microchirurgicale [7]. De la rapidité de la prise en charge va dépendre les résultats fonctionnels [1]. Toutefois, et ceci est primordial, avant toute décision chirurgicale, il faudra s'assurer de l'opportunité d'une réimplantation après avis psychiatrique car l'automutilation avec signification suicidaire est très grave [8]. La prise en charge thérapeutique est délicate et nécessite une coordination entre urologue et psychiatre [4]. Le but du traitement chirurgical est de restaurer l'anatomie et la fonction de la verge dans la mesure du possible [5]. Les premières tentatives de réimplantation de la verge ont eu lieu en 1962 mais il aura fallu attendre l'utilisation des techniques microchirurgicales en 1977 par Tamai et Cohen pour rapporter les premiers succès de réimplantation de la verge. L'exploration chirurgicale commencera par un parage des 2 sections avec repérage des différents éléments et rinçage au sérum hépariné des vaisseaux. On répare le corps caverneux par des points séparés au Vicryl® 3/0 puis on procède à l'anastomose urétrale termino-terminale sur sonde vésicale type Foley. Chez notre patient, il nous a paru plus facile de faire l'anastomose urétrale avant la réparation des corps caverneux. La méthode de choix est la réimplantation sous microscope, permettant de réaliser les sutures vasculaires (les 2 artères et la veine) et nerveuses sans tension par des points séparés de Prolène® 8-9/0. En cas de perte de substance artérielle, on peut utiliser un greffon veineux. Un double drainage urinaire par cathétérisme sus-pubien est recommandé ; mais que nous n'avons pas jugé nécessaire pour notre patient. En l'absence de microscope, on peut réparer uniquement les corps caverneux et l'urètre après avoir dénudé la verge et l'avoir enfouie dans le scrotum pour éviter la nécrose cutanée. Cette méthode nécessitera un 2ème temps opératoire à distance de la plastie cutanée. En post-opératoire, le pénis sera surélevé pour faciliter le drainage veineux et lymphatique [8]. Dans notre cas, la microchirurgie n'a pas été utilisée, faute de plateau technique. La microchirurgie vise à rétablir une bonne anatomie de la verge. Cependant, rien ne permettrait de garantir sa supériorité par rapport à la chirurgie sans utilisation de microscope [1]. Une quarantaine de cas de réimplantation réussie de la verge sans microchirurgie a été déjà publié [9]. La surveillance en post-opératoire sera clinique (chaleur, coloration) et radiologique par Doppler qui vérifiera la perméabilité vasculaire. On associe à l'antibiothérapie, un traitement inhibant les érections (types Diazépam 10 mg/j) et un traitement anticoagulant (héparine de bas poids moléculaire). On procède à l'ablation de la sonde vésicale au 10ème jour, on impose une abstinence sexuelle pendant 6 semaines [8]. Plusieurs procédés ont été développés pour améliorer la qualité de la réimplantation : hypothermie préopératoire ou utilisation de l'oxygène hyperbare [1].

Malheureusement, dans notre cas, au 8ème jour post-opératoire, l'évolution a été marquée par une nécrose de moignon distal. Nous avons réalisé une deuxième intervention consistant à l'amputation du moignon nécrosé, suivi d'une uréthroscopie périméale. Les suites opératoires ont été correctes. La sortie a été autorisée au 12ème jour post-opératoire.

4. Conclusion

L'auto-amputation de la verge constitue une lésion rare, mais grave. Le traitement chirurgical est de principe. Il permet d'obtenir de bons résultats quand il est réalisé précocement avec ou sans microchirurgie. Les victimes de ces lésions méritent un suivi psychologique ou psychiatrique, en raison des retentissements psycho-sociaux et éventuellement des risques de récurrences chez les sujets psychiatriques.

5. Déclarations

Consentement éclairé : Le consentement du patient a été obtenu pour la prise en charge et la publication anonymisée de cette observation.

Conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Financement : Aucun financement spécifique n'a été reçu pour ce travail.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont participé à la prise en charge, à la rédaction ou à la révision critique du manuscrit et ont approuvé sa version finale.

Références

1. Odzébé AWS, Bouya PA, Otiobanda GF, Banga Mouss R, Nzaka Moukala C, Ondongo Atipo AM, et al. Auto-amputation de verge traitée par réparation d'emblée : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Prog En Urol*. 2015;25(16):1173-7.
2. Sarr A, Sow Y, Ndiaye B, Koldimadji M, Ouedraogo B, Diao B, et al. Automutilation génitale masculine : à propos de 2 observations. *Sexologies*. 2015;24(2):65-8.
3. Dékou A, Vé D, Koffi A, Konan PG, Kouamé B, Badet L, et al. Cas Clinique L'automutilation génitale : intérêt d'un avis psychiatrique dans la prise en charge urologique.
4. Mawuko-Gadosseh Y, Mayele M, Gallouo M, Graioud M, Dakir M, Debbagh A, et al. Automutilation des organes génitaux externes chez l'homme. *Prog En Urol*. 2020;30(3):172-8.
5. Ajape A, Issa B, Buhari OIN, Adeoye P, Babata A, Abiola O. Genital self-mutilation. *Ann Afr Med*. 2010;9(1):31.
6. Kabore FA, Fall PA, Diao B, Fall B, Odzegbe A, Tfeil YO, et al. Auto-amputation récidivante du pénis sur terrain schizophrène : à propos d'un cas. 2008;18(3):224-6.
7. Ibrahima D, Abdoulaye N, Minguemadji A, Mbaye T. Amputation de la verge : circonstances de survenue et prise en charge en milieu hospitalier sénégalais. *Afr Med*. 2020;13(4).

8. Moufid K, Joual A, Debbagh A, Bennani S, Mrini ME. L'automutilation génitale : à propos de 3 cas. Prog En Urol. 2004(14):540-3.
9. Riyach O, El Majdoub A, Tazi MF, El Ammari JE, El Fassi MJ, Khallouk A, et al. Successful replantation of an amputated penis : a case report and review of the literature. J Med Case Reports. 2014;8(1):125.