

# Amputation du gland après circoncision

## Glandular amputation after circumcision

M.A. Mseddi · K. Chabchoub · M. Bouasida · N. Rebai · M. Hadjslimen · A. Bahloul · M.N. Mhiri

Reçu le 5 juillet 2011 ; accepté le 12 décembre 2011  
© SALF et Springer-Verlag France 2012

**Résumé** *Introduction* : Sous nos climats, la circoncision reste l'intervention la plus couramment pratiquée chez le garçon. Elle est souvent réalisée par un personnel paramédical non qualifié, ou même en dehors du milieu médical dont les notions de chirurgie et d'asepsie sont aléatoires. Elle est réputée comme chirurgie bénigne, mais des complications majeures parfois très graves, engageant le pronostic sexuel, voire vital, peuvent survenir. Le but de ce travail était de rapporter les amputations du gland secondaires à la circoncision et reçues en milieu hospitalier urologique.

*Patients et méthode* : Nous rapportons huit cas d'amputation du gland suite à une circoncision en milieu extrahospitalier selon les méthodes traditionnelles.

*Résultats* : L'âge moyen des enfants est de six ans (trois à huit ans). L'amputation du gland était faite lors de la circoncision dans quatre cas, dont deux avec section complète. Dans les autres cas, il s'agissait d'une nécrose du gland à cause d'un arc électrique lors de l'utilisation inadéquate du bistouri électrique. Une reconstruction urgente du gland n'avait pu être réalisable que dans trois cas. Le gland sectionné dans le quatrième cas était de mauvaise qualité. On n'a noté qu'un seul succès de revascularisation du gland. Le délai de consultation en cas de nécrose du gland était de trois jours en moyenne. Le traitement n'avait consisté qu'en la réalisation d'une méatoplastie pour obtenir un méat urétral satisfaisant avec réfection de la peau pénienne.

*Conclusion* : La section du gland demeure une complication, certes rare de la circoncision mais très grave, engageant le pronostic sexuel ultérieur de l'enfant. Cela rend cette intervention non anodine et doit inciter à ne la réaliser qu'en milieu spécialisé par un personnel compétent. **Pour citer cette revue : *Andrologie* 22 (2012).**

**Mots clés** Circoncision · Amputation · Gland

**Abstract** *Introduction*: Circumcision is still the most commonly performed surgery in our society. It's often performed by an unlicensed paramedic or even by a traditional practitioner outside the hospital under the non sterile conditions. Although, not technically difficult, circumcision may have serious complications that can endanger the sexuality or even the life of male children. The aim of this study is to emphasize the important problem of glandular amputation after circumcision.

*Patients and methods*: We report 8 cases of glandular amputation after circumcision performed outside the hospital within traditional methods.

*Results*: The mean age of these patients was 6 years (3 to 8 years). Glandular amputation occurred during circumcision in 4 cases including that 2 cases with total glandular amputation. On the other cases it was about glandular necrosis caused by inadequate use of electric lancet. An urgent repair of glans was performed on only 3 cases. On the forth the amputated glans was unrepairable. We noticed only one case on wich glans revascularization succeeded. In case of glandular necrosis, patients consulted after 3 days. The treatment consisted of meatoplasty.

*Conclusion*: Glandular amputation is a rare but very severe complication of circumcision because it endangers the future sexuality of the child. So, the operation should be performed by educated and experienced personnel. **To cite this journal: *Andrologie* 22 (2012).**

**Keywords** Circumcision · Amputation · Glans

## Introduction

La circoncision ou ablation du prépuce est l'intervention chirurgicale la plus réalisée au monde [1], intéressant un organe dont les relations avec le psychisme sont très importantes.

Sous nos climats, la circoncision reste l'intervention la plus couramment pratiquée chez le garçon. Elle est souvent

M.A. Mseddi (✉)  
Consultation d'urologie C2, centre hospitalier de Chambéry,  
F-73000 Chambéry, France  
e-mail : mseddi\_amine@yahoo.fr

M.A. Mseddi · K. Chabchoub · M. Bouasida · N. Rebai ·  
M. Hadjslimen · A. Bahloul · M.N. Mhiri  
Service d'urologie, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

réalisée par un personnel paramédical non qualifié, ou même en dehors du milieu médical dont les notions de chirurgie et d'asepsie sont aléatoires. Elle est réputée comme chirurgie bénigne dont la réduction du risque du cancer du pénis et de maladies sexuellement transmissibles sont les bénéfices les plus cités dans la littérature [2], mais des complications majeures parfois très graves, engageant le pronostic sexuel, voire vital, peuvent survenir [3]. Le but de ce travail était de rapporter les amputations du gland secondaires à la circoncision et reçues en milieu hospitalier urologique.

## Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service d'urologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax, colligeant sur une période de dix ans, huit cas d'amputation du gland après circoncision. Il s'agissait d'amputation du gland suite à une circoncision en milieu rural extrahospitalier selon les méthodes traditionnelles. Les différents aspects cliniques et thérapeutiques ont été rapportés dans ce travail.

## Résultats

L'âge moyen des enfants était de six ans avec des extrêmes de trois et huit ans. L'amputation du gland était secondaire à la section directe par les ciseaux dans quatre cas (Fig. 1) et après nécrose du gland à cause d'un arc électrique lors de l'utilisation inadéquate du bistouri électrique dans les quatre cas restants (Tableau 1).

Le délai de consultation était le même jour après les amputations par les ciseaux et de trois jours après au stade de nécrose du gland.

Tableau 1 Les types des amputations du gland	
Amputation du gland par les ciseaux	4 cas
Partielle	2 cas
Complète	2 cas
Nécrose du gland par le bistouri électrique	4 cas



**Fig. 1** Amputation complète du gland par les ciseaux

La prise en charge était chirurgicale dans tous les cas (Tableau 2). Dans les cas de section par les ciseaux, la plastie a été réalisée en urgence (Fig. 2) après une durée moyenne de cinq heures [4–6]. Elle a consisté en la réalisation d'une suture de l'albuginé des corps caverneux lésés et du corps spongieux pour rétablir la continuité de la verge en laissant une sonde transurétrale en place. Une ponction transglandulaire a été réalisée par un trocart dans un cas, en vue de créer un genre de fistule spongiocaverneuses pour augmenter l'irrigation vasculaire du gland. Pour les trois cas de réimplantation du gland, on n'a noté qu'un seul succès de revascularisation (Fig. 3). C'est l'enfant qui a eu une ponction transglandulaire lors de la plastie et dont le gland sectionné a été acheminé à temps dans des conditions acceptables : dans un sac en plastique réfrigéré. Dans les deux autres cas, l'évolution s'est marquée par la nécrose du gland et sa chute. Ces deux enfants ont bénéficié secondairement d'une plastie du méat urétral.

## Discussion

La circoncision demeure encore dans notre pays un geste banalisé surtout dans les milieux ruraux. Elle est par

Tableau 2 Le traitement chirurgical			
Type de lésion		Technique chirurgicale	Nombre (cas)
Amputation du gland par les ciseaux <sup>a</sup>	Partielle	Réimplantation du gland	2
	Complète	Méatoplastie	1
Nécrose du gland par le bistouri électrique		Réimplantation du gland	1
		Méatoplastie	4

<sup>a</sup> Réalisation d'une chirurgie en urgence



**Fig. 2** Plastie du gland pour amputation complète



**Fig. 3** Plastie du gland réussie pour amputation complète

conséquent réalisée souvent par un personnel non qualifié, paramédical ou autre, de manière traditionnelle ne respectant pas les différentes étapes de la circoncision [4,5]. L'amputation du gland au cours de la circoncision est un accident rare secondaire à la mauvaise application de la technique opératoire. Celle-ci consiste à décalotter et à nettoyer le gland du smegma en premier lieu, puis à inciser le prépuce et sa muqueuse longitudinalement et transversalement à 4 mm du sillon balanoprépuce selon des traits marqués à l'avance au feutre. La suture cutanéomuqueuse circonférentielle est faite au fil résorbable 5/0 [6]. Concernant la circoncision rituelle, notamment dans notre pays, la section du prépuce et de sa muqueuse est faite transversalement en même temps après une bonne traction sur le prépuce par l'aide opératoire. Cette section est réalisée après avoir coincé et refoulé en bas le gland entre le pouce et l'index ou au mieux après la mise

d'un clamp au-dessus du gland préalablement repéré par les doigts. Une plastie de la muqueuse est réalisée avant la suture cutanéomuqueuse [7].

La mauvaise immobilisation de l'enfant lors de la section du prépuce, l'absence d'utilisation d'anesthésique et le décalottage incomplet sont à l'origine d'un mauvais repérage du gland et sont les défauts techniques induisant à l'amputation du gland [5].

L'extrémité amputée doit être autant que possible immergée dans une solution de conservation ou dans du sérum physiologique maintenue à 4 °C, avec adjonction éventuelle d'un antibiotique et de l'héparine [8].

La réimplantation du gland amputé doit être la première ligne du traitement en cas de section franche. Elle est réalisée au mieux sous une technique microvasculaire [7]. Un délai de six heures est classiquement admis pour garantir au maximum une bonne revascularisation. Toutefois, certains auteurs ont rapporté une réimplantation réussie 18 heures après la section en utilisant la microchirurgie [9]. Sow et al. [10] ont rapporté une série de 19 amputations de gland après circoncision, la réimplantation du gland n'a été réalisée que dans quatre cas, mais sans succès.

Babaei et al. [11] ont conclu dans une revue de la littérature, à propos de 80 réimplantations du gland, que la microchirurgie augmente les chances de réussite de l'intervention et diminue les complications postopératoires surtout les nécroses cutanées et les sténoses urétrales.

La réimplantation du gland sans anastomose microchirurgicale est possible, mais pourvoyeuse de complications (nécrose cutanée, sténose urétrale...) [7,12].

Le débridement péropératoire est nécessaire pour assurer une néovascularisation. L'intervention commence par l'anastomose urétrale sur sonde tutrice utilisant un fil monofilament à résorption lente 5/0 ou 6/0. L'anastomose du corps spongieux va assurer la stabilité du champ opératoire et permettre la réalisation des autres sutures sans tension [7].

L'immobilisation postopératoire est importante pour permettre l'imbibition du tissu greffé sans microtraumatismes [7]. La durée du tuteur urétral doit être suffisante, habituellement entre 20 et 30 jours, pour assurer une bonne prise du tissu greffé [7].

La réimplantation du gland amputé doit être tentée chaque fois que cela est possible ; si la prise en charge est tardive ou si la partie sectionnée est de mauvaise qualité, on se contente de refermer les corps caverneux et de réaliser un néoméat urétral de façon à permettre au patient d'uriner dans les meilleures conditions possibles. Dans notre série, une méatoplastie a été réalisée d'emblée dans cinq cas, et après réimplantation du gland qui a échoué dans deux cas. L'utilisation d'un greffon de muqueuse buccale est décrite pour recouvrir le moignon restant du gland avec un aspect esthétique satisfaisant [13].

Le pronostic sexuel de ces enfants est engagé en cas d'échec ou d'impossibilité de plastie glandulaire. Cela est à l'origine de l'inquiétude des parents de ces enfants qui, dans la plupart des cas, entament des poursuites judiciaires. Cela implique une extrême prudence quant à la réalisation de cette chirurgie dite « bénigne » et impose sa réalisation par un personnel médical qualifié.

## Conclusion

La section du gland demeure une complication, certes rare de la circoncision mais très grave, engageant le pronostic sexuel ultérieur de l'enfant. Cela rend cette intervention non anodine et doit inciter à ne la réaliser qu'en milieu spécialisé par un personnel compétent.

**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

- Atikeler MK, Onur R, Gecit I, et al (2001) Increased morbidity after circumcision from a hidden complication. *BJU Int* 88: 938–40.
- Rizvi SA, Naqvi SA, Hussain M, Hasan AS (1999) Religious circumcision: a muslim view. *BJU Int* 83(Suppl 1):13–6
- Ceylan K, Burhan K, Yilmaz Y, et al (2007) Severe complications of circumcision: an analysis of 48 cases. *J Pediatr Urol* 3:32–5
- Ahmed A, Mbibi NH, Dawam D, Kalayi GD (1999) Complication of traditional male circumcision. *Ann Trop Paediatr* 19: 113–7
- Sylla C, Diao B, Diallo AB, et al (2003) Les complications de la circoncision à propos de 63 cas. *Prog Urol* 13:266–72
- Liloku R, Buisson P, Mouriquand P (2002) Prépuce serré chez l'enfant. *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales Urologie*, 4p:41–405
- Essid A, Hamzaoui M, Sahli S, Houissa T (2005) Réimplantation balanique après accident de circoncision. *Prog Urol* 15:745–7
- Prunet D, Bouchot O (1996) Les traumatismes du pénis. *Prog Urol* 6:987–93
- Hashem FK, Ahmed S, Al-Malaq AA, AbuDaia JM (1999) Successful replantation of penile amputation (post circumcision) complicated by prolonged ischaemia. *Br J Plast Surg* 52:308–10
- Sow Y, Diao B, Fall PA, et al (2007) Amputation du gland lors de la circoncision à propos de 19 cas. *Andrologie* 17:236–40
- Babaei AR, Safarinejad MR (2007) Penile replantation, science or myth? A systematic review. *Urol J* 4:62–5
- Hanukoglu A, Danielli L, Katzir Z, et al (1995) Serious complications of routine ritual circumcision in a neonate: hydro-ureteronephrosis, amputation of glans penis, and hyponatraemia. *Eur J Pediatr* 154:314–5
- Cook A, Khoury AE, Neville C, et al (2005) A multicenter evaluation of technical preferences for primary hypospadias repair. *J Urol* 174:2354–7