

Cas Clinique

L'automutilation génitale : intérêt d'un avis psychiatrique dans la prise en charge urologique

A. Dékou^{1,2}, D. Vé³, A. Koffi¹, P.G. Konan¹, B. Kouamé¹, L. Badet², C. Vodi¹, K. Manzan¹ et X. Martin²

¹Service d'urologie, CHU Cocody, Abidjan, Côte-d'Ivoire ; ²Service d'urologie et chirurgie de la transplantation, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France et ³Hôpital psychiatrique de Bingerville, Côte d'Ivoire

RESUME

Les automutilations sont des conduites fréquentes, souvent associées à une morbidité psychiatrique. Les auteurs rapportent trois observations de sujets admis dans le service d'urologie du CHU de Cocody d'Abidjan, pour des automutilations génitales. Au cours de la prise en charge chirurgicale, l'avis psychiatrique demandé chez ces patients a conclu au diagnostic de schizophrénie paranoïde. Les frustrations survenues dans l'accomplissement de leur sexualité ont constitué les motifs évoqués par les patients pour réaliser l'automutilation génitale. La blessure auto-infligée a eu pour fonctions de communiquer à l'entourage la souffrance psychique, exprimer la dissociation psychique caractéristique de la schizophrénie. Le traitement chirurgical débuté avant la prise en charge psychiatrique ou de façon concomitante, a consisté en une suture des corps caverneux chez le 3^{ème} patient; suture des corps caverneux et urétrorrhaphie chez le 2^{ème}, puis à une urétrostomie définitive chez le premier. Ces observations soulignent l'intérêt de la collaboration entre chirurgiens et psychiatres dans la prise en charge des automutilations.

Mots clés : Automutilation génitale, avis psychiatrique, schizophrénie, prise en charge urologique

Correspondance: Dr. DEKOU Angoran, Service d'urologie du CHU de Cocody, BPV 13, Abidjan, Côte d'Ivoire
E-mail : dekouangoran@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu: 20/5/2009

article accepté (après corrections): 13/9/2009

INTRODUCTION

L'automutilation est une blessure intentionnelle qu'un sujet inflige à une partie de son propre corps sans intention apparente de se donner la mort¹⁻⁴. Ce comportement concerne 1 à 4% de la population générale⁵. Il peut s'agir de comportements culturellement sanctionnés ou non. Parmi les automutilations culturellement sanctionnées, Favazza et al.⁶ distinguent trois sous groupes selon l'importance de la lésion : les atteintes superficielles ou modérées, les formes stéréotypées survenant chez les sujets présentant une arriération mentale et les lésions majeures auto infligées. Les atteintes génitales survenant dans le cadre des automutilations, sont souvent des lésions majeures, graves. Elles témoignent

du degré de conviction dans les motifs qui conduisent à l'acte automutilant, comme cela se voit dans l'évolution des psychoses. Les automutilations génitales ont été décrites aussi chez les transsexuels, au cours des troubles graves de la personnalité⁷ et les pathologies de l'humeur⁸. C'est dire l'intérêt d'un avis psychiatrique devant toute automutilation surtout quand celle-ci s'avère majeure. Notre travail a rapporté trois cas d'automutilations génitales survenus dans l'évolution d'une schizophrénie. Ensuite, à travers une revue de la littérature, nous avons discuté des caractéristiques cliniques et des hypothèses explicatives des automutilations et particulièrement celles affectant les organes génitaux.



Fig. 1 : Plaie pénienne avec nécrose cutanée décapée laissant entrevoir des fils de suture à J4 après admission en urologie, avec un pansement sus pubien de cystostomie.



Fig. 2 : Coudure de la verge et remaniement du gland après cicatrisation à J 24.

OBSERVATIONS

Observation n°. 1

A.B.B un patient de 40 ans, Mauritanien de race blanche, commerçant, a été amené par les membres de sa communauté aux urgences en mai 2003 pour douleur et hémorragie génitales, qui évoluaient depuis plus de 8 heures. L'interrogatoire des parents et du patient a mentionné une automutilation du pénis par arme blanche chez un patient qui présentait des troubles du comportement observés depuis plus de 4 ans et non suivis. Des troubles liés, selon lui, à des frustrations et marginalisation de la part de sa communauté. C'est le refus de sa partenaire d'avoir des rapports sexuels avec lui, qui a provoqué cette auto agression. L'examen a découvert un patient pourtant lucide et conscient, avec un morceau de tissu ensanglanté, asséché par endroit qui comprimait le périnée. La lésion était une section totale du pénis à sa base. L'extrémité du moignon proximal du pénis était violacée et ne saignait pratiquement plus. Le bout distal était mortifié, dévitalisé et rangé dans une chaussette. Le patient avait un état général conservé et de bonnes constantes hémodynamiques, avec une tension artérielle de 110/80 et une température de 36°6 C.

Après remplissage vasculaire au bloc, un parage associé à une urétrostomie a été effectué sous anesthésie locorégionale, avec une

sonde urinaire à demeure (SAD). A J3 post opératoire, le médecin psychiatre appelé a conclu à une schizophrénie paranoïde. Au 5ème jour après l'opération le patient a été libéré après ablation de la SAD, puis adressé au service de psychiatrie.

Observation n°. 2

Y.K.E âgé de 19 ans, Ivoirien, agriculteur, a été amené en octobre 2007 en consultation d'urologie par ses parents pour section volontaire de la verge par arme blanche deux semaines auparavant. Dès le traumatisme, il a été admis le même jour à l'hôpital de Bouaké (centre du pays). Dans cet hôpital, la section partielle de la base du pénis a été suturée et une dérivation urinaire sus pubienne par cystostomie réalisée. Dans ses antécédents l'on a noté des troubles psychiatriques qui évoluaient depuis la petite enfance et ont été traités de façon traditionnelle et qui se traduisaient le plus souvent par des délires, des hallucinations. La timidité selon lui, l'empêchait d'avoir des rapports normaux : rapports sexuels impossibles, provoquant des masturbations, récriminations incessantes de ses parents sur son comportement, le manque de courage, toutes ces frustrations l'ont poussé à bout et entraîné cette auto agression. Reçu dans notre service, après le bilan des lésions caractérisées par une plaie dorsale à la base



Fig. 3 : Double plaies suturées : post glandulaire et à la base du pénis à J2 post opératoire. Sonde urétrale en place

de la verge, suturée, avec une suppuration, un œdème du pénis, un début de nécrose cutanée, une dérivation urinaire sus-pubienne (Fig. 1). Le pansement a été refait, le patient mis sous antibiotique et a été aussitôt adressé en psychiatrie où le diagnostic d'un état psychotique de type schizophrénie paranoïde a été posé. Le patient a été mis sous traitement médical fait de chlorpromazine (Largactil®) 100mg/jour, halopéridol (Haldol®) 5mg/jour, trihexyphenidyl (Artane®) mg/jour, puis il nous a été readressé. En cours d'hospitalisation, la nécrose s'est étendue jusqu'au gland du côté sectionné, puis nous avons obtenu par des pansements proinflammatoires (néomycine, Antibiotulle®), une cicatrisation du pénis au bout de 24 jours, avec une coudure importante de la verge (Fig. 2). Les urétrocystographies rétrogrades et antérograde réalisées ont montré un arrêt brutal du produit de contraste au niveau de la zone de section traduisant une rupture urétrale associée, qui a été traitée par résection suivie d'une urétrorrhaphie terminale sur sonde tutrice restée en place pendant 10 jours, puis ablation de la sonde de cystostomie 3 jours après la sonde urétrale. Le patient a été libéré avec des rendez vous de consultations périodiques en psychiatrie.

Observation n.º. 3

L.S âgé de 45 ans, gérant de parc auto, souvent veilleur de nuit, a consulté de lui

même à 3 heures du matin le 22 juin 2008 aux urgences, pour section partielle de la verge à l'arme blanche. A l'interrogatoire, le patient a rapporté des propos contradictoires sur les circonstances du traumatisme, tantôt il s'agissait d'agression par de tierces personnes qui lui en voulaient d'avoir pris la femme d'un des leurs, tantôt il s'agirait d'une auto agression consécutive à un rapport sexuel refusé par une partenaire occasionnelle et ayant blessé son ego. L'examen clinique a mis en évidence une plaie semi circulaire de la base du pénis qui a sectionné partiellement, mais profondément les corps caverneux et une autre plaie semi circulaire à la face dorsale du pénis sous le sillon balano préputial avec atteinte superficielle des corps caverneux (Fig. 3). Un parage des plaies et une suture des corps caverneux ont été réalisés, une sonde urétrale a été mise en place traduisant l'intégrité de l'urètre puis retirée deux jours plus tard. Les suites opératoires ont été simples avec conservation de l'érection. Une consultation en psychiatrie a mis en évidence un mode d'entrée brutale de la schizophrénie chez un patient utilisant parfois des substances psycho actives illicites pour assurer son travail de nuit.

DISCUSSION

Les automutilations ne sont pas pathognomoniques d'une affection particulière⁹, mais elles sont fréquemment en rapport avec une morbidité psychique. Selon la littérature, il s'agit de patients jeunes dont l'âge moyen rapporté dans notre étude est de 31ans. La fréquence de ces automutilations serait d'environ 1% de la population générale aux USA, il s'agit plutôt de femmes⁴. La prévalence la plus élevée (50 à 80%) de ces conduites a été observée au cours de l'évolution du trouble de la personnalité de type borderline ou limite¹. Néanmoins chez les sujets qui se sont automutilés, l'examen psychiatrique retrouve avec une fréquence variable toutes les autres pathologies psychiatriques¹⁰. Les automutilations pathologiques sont donc des conduites transnosographiques. Mais les étiologies les plus citées, sont les personnalités pathologiques, les troubles de l'humeur, les affections

liées à l'usage de substances, les états de stress post-traumatique, les retards mentaux et les troubles du développement psychomoteur.

Comme rapporté plus haut, certains auteurs⁶ ont distingué parmi les manifestations les atteintes superficielles ou modérées visant à soulager une tension. Celles-ci peuvent être, soient du type compulsif, répétées ou ritualisées, soient du type épisodique, peu fréquentes. Selon Favazza^{2,3} les lésions superficielles peuvent être du type répétitif, entraînant des préoccupations intenses et pouvant évoluer de façon autonome. Pour cet auteur, ces automutilations superficielles appartiennent aux troubles du contrôle des impulsions de la classification du DSM-IV de l'American Society of Psychiatry.

Les lésions stéréotypées, autres manifestations des automutilations, ont comme particularités l'absence de planification, de participation émotionnelle et de détresse psychologique. Elles surviennent chez les sujets présentant une arriération mentale ou un syndrome autistique.

Enfin, les lésions majeures auto infligées surviennent comme expression d'une affection psychiatrique grave (schizophrénie, trouble psychotique induit par l'usage d'une substance, retard mental). L'énucléation du globe oculaire ou sa destruction, l'amputation d'un membre, la mutilation des organes génitaux sont les exemples de ces lésions majeures auto infligées, retrouvées dans la littérature¹¹.

Qu'elle survienne chez un sujet sain ou atteint d'une affection psychiatrique, l'automutilation a toujours une fonction psychologique¹ : 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.

Les automutilations génitales rapportées dans nos observations ont plusieurs fonctions. Par le fait qu'elles sont observables, elles communiquent à autrui une souffrance psychologique: celle de la maladie mentale, évoluant depuis longtemps mais sans prise en charge adéquate ou débutée depuis peu, mais aussi celle de la frustration relative à des rapports sexuels refusés. La perturbation de l'expression des émotions est bien connue au cours de la schizophrénie, diagnostic retenu chez nos patients: il peut s'agir d'une inaffectivité caractérisée par l'absence d'émotion exprimée, d'une affectivité paradoxale avec des manifestations émotionnelles déconcertantes et imprévisibles, d'ambivalence affective quand surviennent des sentiments contradictoires face à une représentation, ou enfin de discordance affective lorsque les émotions exprimées ne sont pas concordantes avec la situation. Un stress résultant d'une situation réelle ou délirante peut être à l'origine d'une de ces modalités d'expression des émotions, qui peuvent alors être perturbatrices chez le schizophrène et motiver une automutilation génitale. Ainsi le sujet de l'observation n° 3 a justifié son automutilation, tantôt par le fait qu'il a été accusé par des tiers d'avoir pris leur femme, tantôt par la frustration. Quant au patient de l'observation n°1, à la suite du refus de sa partenaire d'avoir des rapports sexuels avec lui, il s'est sectionné la verge. Il a transposé sur son corps physique la douleur morale née d'une frustration. Enfin, les conduites masturbatoires du sujet de l'observation n° 2 ont généré chez lui un sentiment de culpabilité qu'il a voulu expier par l'émasculatation. Au-delà des fonctions psychologiques que la mutilation génitale a eues chez nos patients, d'autres significations peuvent être individualisées : révolte contre une partie de son corps dont une des fonctions est à l'origine de frustration, culpabilisation de la partenaire qui a refusé les rapports sexuels.

L'automutilation survient donc sur un terrain particulier qui nécessite une collaboration étroite avec le psychiatre^{12,13}. Cette collaboration conduira au traitement du trouble psychiatrique concomitamment à la réparation des lésions uro-génitales. Dans ce travail présent, les lésions génitales ob-

servées étaient de gravité variable et donc de réparations variables. Il a été observé une section totale irréversible de la verge, du fait du bout pénien distal nécrosé; le traitement fut un parage du moignon proximal associé à une urétrostomie définitive. Ensuite, une cicatrisation dirigée avec un pansement pro inflammatoire (néomycine, Antibiotulle®) de la plaie pénienne a été réalisée chez le patient n° 2 et dont la rupture urétrale a été réparée par urétrorrhaphie termino-terminale. Enfin la section des corps caverneux chez le troisième patient a été traitée par une suture simple. Tous les trois patients ont été mis par ailleurs sous psychotropes à action antipsychotique. Chez les deux derniers patients une conservation de l'érection a été observée, avec cependant une coudure séquellaire réparable de la verge du patient n° 2 dans les suites opératoires tardives.

Quant à la schizophrénie, il s'agit d'une affection dont l'étiologie est conçue sur un modèle multifactoriel associant une vulnérabilité constitutionnelle et l'intervention de facteurs environnementaux^{14,15}. Son expression clinique multiforme associe des symptômes délirants et des signes caractéristiques du versant déficitaire et dissociatif de la maladie. C'est une maladie chronique dont les symptômes, après une phase d'efflorescence, évoluent tout le long des rechutes vers une stabilisation avec réduction de leur intensité, puis vers une stabilité avec peu de modification des manifestations lors des récurrences. La précocité de la prise en charge thérapeutique est un des facteurs de bon pronostic. Celui-ci est évalué surtout en termes de qualité de l'insertion sociale. C'est dire l'intérêt lors de la prise en charge chirurgicale d'un patient présentant une automutilation, en particulier celle affectant la sphère génitale, d'un avis psychiatrique. De plus, une sensibilisation plus large de la population ivoirienne doit être faite afin que les familles entreprennent les démarches de soins les plus adaptées à ces affections psychiatriques. Car, outre les automutilations, la surmortalité par suicide et autres affections somatiques, l'incapacité et la désinsertion sociale constituent les conséquences qui émaillent l'évolution de la schizophrénie¹⁵.

En conclusion, l'automutilation génitale est un traumatisme rare dans notre pratique. Les observations que nous avons rapportées soulignent bien la survenue de cet acte dans l'évolution d'une schizophrénie. La problématique de la frustration dans l'accomplissement de la sexualité a été évoquée par tous les patients de notre étude. L'acte d'automutilation a été ainsi interprété comme réponse à autrui. Mais il s'agissait aussi d'un message traduisant les manifestations de la schizophrénie : le délire et la dissociation. Enfin, les motifs d'une automutilation génitale survenant chez un patient schizophrène peuvent être les mêmes que chez une personne qui ne souffre pas de cette affection. Cependant quand elle survient dans un contexte de troubles mentaux, elle doit faire l'objet d'une prise en charge qui implique non seulement le chirurgien, mais aussi le psychiatre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review [Personnalité borderline, automutilations et suicide: Revue de la littérature]. *Encephale*. 2008;34(5):452-8.
2. Favazza AR. Suicide gestures and self-mutilation. *Am.J.Psychiatry*. 1989; Mar;146(3):408-9.
3. Favazza AR. Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. 2nd ed.: The Johns Hopkins University Press; 1996.
4. Thibaut, Protais, Déchelotte. Le corps malméné - 5ème Journée rouennaise ADDICTIONS. 2007; Available at: http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/034DCEF0-E189-45CD-83A0-DACEB35BC1D5/0/2007_thibaut.pdf.
5. Gicquel L, Corcos M, Richard B, Guelfi JD. Automutilations à l'adolescence. 2007; Rep. no.37-216-J-10.
6. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp.Community Psychiatry*. 1993; Feb;44(2):134-40.
7. Kamoun-Siala M, Bellaaj-Lachtar F, Dammak M, Amami O, Jarraya A. From impotence to self-genital mutilation (about one case) [De la dysérection à l'automutilation génitale (à propos d'un cas)]. *Ann.Medico-Psycholog*. 2005;163(7):588-94.
8. Fayad S, Srom V, Delotte J, Bafghi A, Sorci K, Bongain A. Psychological factors of genital automutilation and medico-ethical interest of vulvoplasty in emergency

- [Facteurs psychologiques d'automutilation génitale et intérêt médico-éthique d'une reconstruction vulvaire en urgence]. *Gynecolog.Obstet.Fertil.* 2006;34(2):134-6.
9. Moufid K, Joul A, Debbagh A, Bennani S, El Mrini M. Genital self-mutilation. Report of 3 cases [L'automutilation génitale: À propos de 3 cas]. *Prog. Urol.* 2004;14(4):540-3.
 10. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br.J.Psychiatry.* 2001; Jan;178(1):48-54.
 11. Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin. Psychol.Rev.* 2008;28(1):162-78.
 12. Martin T, Gattaz WF. Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology.* 1991;24(3):170-8.
 13. Zamecnik L, Macek P, Roubickova J, Pavlik I. Automutilation of the male external genitalia. *Eur. Androl.Suppl.* 2008;2(1):17.
 14. Gößler R, Vesely C, Friedrich MH. Autocastration of a young schizophrenic man - Reflections of developmental psychopathology [Selbstkastration eines psychotischen Patienten - Eine entwicklungspsychopathologische Betrachtung]. *Psychiatr.Prax.* 2002;29(4):214-7.
 15. Daléry J. Schizophrénies et autres troubles psychotiques. In: Guelfi JD, Rouillon F, editors. *Manuel de psychiatrie.*: Masson; 2007. p. 221-54.

ABSTRACT

Genital Self-Mutilation: Importance of Psychiatric Advice in Urological Management

Self-mutilation is a frequent behavior, often associated with psychiatric morbidity. The authors report the cases of three patients admitted to the Department of Urology of Cocody University Hospital for self-inflicted genital injuries. Psychiatric advice was sought during surgical treatment and led to the diagnosis of paranoid schizophrenia. The patients reported that the reason for their genital self-mutilation was frustration related to the fulfillment of their sexuality. The purpose of self-mutilation was to draw their environment's attention to their psychological suffering and to express their psychic dissociation, characteristic of schizophrenia. Surgical treatment initiated before or at the same time as psychiatric management consisted of suturing the corpora cavernosa in the third, urethrorraphy and suturing of the corpora cavernosa in the second, and final urethrostomy in the first patient. Our report underlines the importance of a cooperation of surgeons and psychiatrists in the management of self-mutilations.