

LA FISTULE PENIENNE APRES CIRCONCISION. A PROPOS DE 22 CAS

A.B. DIALLO, I. BAH, M. BARRY, O. R. BAH, S. BALDE,
K. B. SOW, M. B. DIALLO ET I BALDE
Service d'Urologie – Andrologie du CHU de Conakry, et
Centre Mère et Enfants Kipé, Conakry, Guinée

Objectif: Ressortir les différents aspects cliniques et thérapeutiques d'une série de fistule pénienne post circoncision reçue en milieu hospitalier guinéen.

Patients et Méthodes: Etude rétrospective réalisée au service d'Urologie – Andrologie du CHU de Conakry colligeant 22 cas de fistules péniennes après circoncision en 58 mois. Les différents paramètres cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été étudiés.

Résultats: L'âge moyen des patients était de 7 ans (extrêmes 5 mois et 32 ans). Le délai moyen de consultation en milieu spécialisé était de 17 mois. La circoncision avait été effectuée par un agent paramédical dans 15 cas et par un tradipraticien dans 7 cas. La fistule urétrale siégeait dans tous

les cas au niveau du col du gland sur la face ventrale du pénis. Le traitement chirurgical dans tous les cas a consisté en une fistulorraphie par dédoublement uréthro-cutané après excision des tissus scléreux (n = 11); par apport d'un lambeau pénien pédiculé de retournement (n = 6) et selon la technique de Davis (n = 5). Les résultats ont été bons d'emblée dans 16 cas et une fistule résiduelle notée chez 6 patients a été réopérée avec succès.

Conclusion: La fistule pénienne est une complication non négligeable de la circoncision et sa prévention passe par le respect et la maîtrise des différentes étapes de la circoncision.

Mots Clés: circoncision, fistule, urètre, fistulorraphie.

INTRODUCTION

La circoncision qui consiste à une ablation du prépuce est une intervention chirurgicale qui intéresse un organe dont les relations avec le psychisme sont très importantes. En Afrique, cet acte est le plus souvent effectué par le personnel paramédical ou le tradipraticien ce qui peut être source de complications engageant parfois le pronostic fonctionnel voire vital du sujet. Ces complications dont fait partie la fistule pénienne sont nombreuses et de traitement parfois difficile. En 2000, Ba et coll¹ au Sénégal ont rapporté 20 cas de fistules péniennes après circoncision.

L'objectif de ce travail était de ressortir les différents aspects cliniques et thérapeu-

tiques des fistules péniennes post circoncision reçues en milieu hospitalier urologique guinéen.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service d'Urologie – Andrologie du CHU de Conakry colligeant 22 cas de fistules péniennes après circoncision sur une période de 58 mois. L'âge moyen des patients était de 7 ans avec des extrêmes de 5 mois et 32 ans. Ces patients nous parvenaient soit d'autres structures médicales du pays soit directement des villages de l'intérieur où ils avaient subi une circoncision traditionnelle c'est à dire sans anesthésie, sans séroprévention

antitétanique avec une section à la volée du prépuce. Les différents paramètres cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été rapportés dans ce travail. Les résultats thérapeutiques ont été jugés sur la fermeture de la fistule et sur la qualité de la miction (miction s'effectuant par le méat urétral sans difficulté).

Du point de vue paraclinique, l'examen cytbactériologique des urines a été systématique chez tous les patients et l'urographie intraveineuse a été réalisée chez les patients dont la fistule pénienne avait une ancienneté supérieure ou égale à deux ans.

Sur le plan thérapeutique, tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical qui a consisté en une fistulorrhaphie par dédoublement uréthro-cutané après excision des tissus scléreux dans 11 cas (50%); une fistulorrhaphie par apport d'un lambeau pénien pédiculé de retournement dans 6 cas (27,3%) et une urétrorrhaphie selon la technique de Davis par incision de la fistule et suture endourétrale dans 5 cas (22,7%). La fistulorrhaphie a été associée à une méatoplastie dans un cas.

Le type de drainage des urines vésicales dépendait du choix du chirurgien. Il a été fait par la mise en place d'une sonde de cystostomie chez 14 patients et les 8 autres ont eu un cathétérisme urétral jusqu'au sixième jour post opératoire.

RESULTATS

L'âge moyen des patients au moment de la circoncision était de 6 ans (extrêmes 8 jours et 14 ans). Le délai moyen de consultation en milieu spécialisé était de 17 mois (extrêmes 2 mois et 37 mois). La circoncision avait été effectuée par un agent paramédical dans 68,2 % des cas (n = 15) et par un praticien dans 31,8 % des cas (n = 7).

La symptomatologie fonctionnelle était dominée par la miction par deux orifices (ostium externe de l'urètre et orifice fistuleux)

chez 20 (90,9%) patients tandis que chez les deux autres patients (9,1%) les urines sortaient presque entièrement par la fistule lors de la miction.

La fistule urétrale siégeait dans tous les cas au niveau du col du gland sur la face ventrale du pénis (Fig. 1,2) et dans un cas la fistule uréthro-cutanée était associée à une sténose de l'ostium externe de l'urètre

Du point de vue paraclinique, l'examen cytbactériologique des urines et l'urographie intraveineuse n'ont pas objectivé d'anomalie.

Il n'y avait pas de complications per ou post opératoires.

Seize bons résultats (72,7%) d'emblée ont été obtenus, une fistule résiduelle notée



Fig 1 : Large fistule uréthro-cutanée secondaire à une circoncision

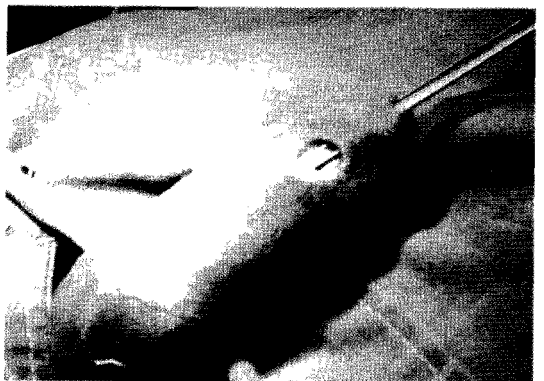


Fig. 2 : Repérage per opératoire de la fistule pénienne par une sonde cannelée

chez 6 (27,3%) patients a été réopérée avec succès. Aucun cas de sténose du méat urétral n'a été enregistré.

Après un recul moyen de 27 mois, nous n'avons pas noté une différence en terme de résultats entre les fistules péniennes opérées tôt et celles qui l'ont été tardivement.

DISCUSSION

La circoncision réalisée à travers le monde et dans de nombreuses confessions religieuses, suscite des débats quant à son utilité d'une part pour les praticiens et quant à ses origines d'autre part pour les historiens. Cependant, son rôle dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et surtout dans la prévention des cancers du col utérin chez la femme et du pénis chez l'homme est reconnu depuis des décennies^{2,3}

Pratiquée par des mains non expertes, la circoncision engendre des complications parmi lesquelles la fistule uréthro-cutanée n'est pas la plus exceptionnelle^{1,4}. Sylla et coll⁵, dans une étude portant sur 63 cas de complications de la circoncision ont objectivé 41 cas de fistule pénienne dont 29 secondaires à une circoncision traditionnelle. Selon Bitho et coll⁶, la fistule pénienne serait particulièrement favorisée par la circoncision faite de manière traditionnelle. Cependant la majorité (n = 15) des fistules uréthro-cutanées de notre série est consécutive à une circoncision faite par un agent paramédical.

S'il est impossible d'affirmer dans notre série que l'âge en tant que tel ne constitue pas un facteur favorisant de la fistule uréthro-cutanée lors de la circoncision, pour Ba et coll¹, l'âge auquel s'effectue la circoncision constituerait par contre un facteur non moins important.

Le délai moyen de consultation en milieu urologique est relativement long dans notre série (17 mois) cependant il reste inférieur à celui de Ba et coll¹, qui se situe entre 2 et 8 ans.

La symptomatologie clinique est dominée par la miction par deux orifices et nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de cas où l'urètre distal deviendrait secondairement borgne.

En ce qui concerne le siège de la fistule, la plupart des auteurs s'accordent sur le fait que le siège de prédilection de la fistule se situe au niveau du col du gland. En effet, c'est à ce niveau que l'urètre est plus superficiel et que d'éventuelles adhérences balanopréputiales augmentent sa vulnérabilité. De même l'hémostase de l'artère du frein, pour peu qu'elle ne soit pas élective, peut entraîner une plaie urétrale et secondairement une fistule¹.

Du point de vue thérapeutique tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical et tout comme Sylla et coll⁵, notre préférence va à la technique d'avivement et de dédoublement uréthro-cutané avec suture séparée des deux plans. Avec cette même technique, Benchekroun et al.⁷ ont obtenu 10 guérisons sur 12 cas. Ba¹ et coll donnent leur préférence à la technique de suture endo-urétrale de Davis qui a été la moins employée dans notre série tandis que Baskin et al.⁴ optent pour l'utilisation d'un lambeau cutané pédiculé. Cette dernière technique n'a été utilisée que dans les larges fistules péniennes dans notre série. Quelle que soit la technique utilisée, l'absence de superposition des plans de sutures doit rester un principe fondamental à respecter en matière de chirurgie urétrale. Pour Bitho et coll⁶, la réparation des fistules récentes serait plus aisée que celle des fistules anciennes à contours sclérosés telles celles de notre série.

La dérivation des urines, bien que n'étant pas indispensable, a l'avantage de laisser au repos et au sec l'urètre fraîchement réparé; elle a été systématique chez la totalité de nos patients et a constitué en une cystostomie dans 14 cas et en la mise en place d'une sonde urétrale dans 8 cas. Nous pensons que la sonde urétrale en plus d'entraîner une mise en tension des sutures fait le lit de l'infection responsable d'un lâchage des sutures.

Les résultats thérapeutiques toutes techniques confondues ont été satisfaisants avec 16 (72,7%) guérisons d'emblée et 6 (27,3%) après reprise de la fistulorrhaphie. Ba et coll' rapportent 11 bons résultats d'emblée sur une série de 20 (55%) cas de fistules péniennes secondaires à des circoncisions, Benchekroun et al.⁷ 10 bons résultats sur une série de 15 fistules urétrales post circoncision (66,7%) et Baskin et al.⁴ rapportent 8 bons résultats sur 8 cas (100%) .

En conclusion, la fistule uréthro-cutanée siégeant au niveau du col du gland est une complication non négligeable de la circoncision surtout lorsque celle-ci est pratiquée par un agent non qualifié. Les difficultés de réparation de cette lésion suffisent à sortir la circoncision de la rubrique "petite chirurgie". La prévention de ces fistules péniennes passe par la libération attentive des adhérences balano-préputiales mais également par l'hémostase élective de l'artère du frein lors de la circoncision.

BIBLIOGRAPHE

1. Ba M, Ndoye A, Fall PA, Sylla C, Gueye SM, Diagne BA. Penile urethral fistula after circumcision. *Andrologie*. 2000;10(1):75-7.
2. Kmet J, Damjanovski L, Stucin M, Bonta S, Cakmakov A. Circumcision and Carcinoma Colli Uteri in Macedonia, Yugoslavia. Results from a Field Study. I. Incidence of Malignant and Premalignant Conditions. *Br.J.Cancer*. 1963; Sep;17:391-9.
3. Warner E, Strashin E. Benefits and risks of circumcision. *Can.Med.Assoc.J*. 1981; Nov 1;125(9):967,76, 992.
4. Baskin LS, Canning DA, Snyder III HM, Duckett JW J. Surgical repair of urethral circumcision injuries. *J.Urol*. 1997;158(6):2269-71.
5. Sylla C, Diao B, Diallo AB, Fall PA, Sankale AA, Ba M. Les complications de la circoncision. A propos de 63 cas. [Complications of circumcision. Report of 63 cases]. *Prog.Urol*. 2003; Apr;13(2):266-72.
6. Bitho MS, Sylla S, Toure K, Akpo C, Boukary I, Mensah A, et al. Les accidents de la circoncision et de l'excision en milieu africain [Accidents of circumcision and excision in the African environment]. *Bull. Soc.Med.Afr.Noire Lang.Fr*. 1975;20(3):249-55.
7. Benchekroun A, Lakrissa A, Tazi A, Hafa D, Ouazzani N. Fistules urethrales apres circoncision: a propos de 15 cas. [Urethral fistulas after circumcision: apropos of 15 cases]. *Maroc Med*. 1981; Jun-Oct;3(2-3):715-8.

ABSTRACT

PENILE FISTULAE AFTER CIRCUMCISION. A SERIES OF 22 CASES

Objective: To unravel clinical and therapeutic aspects of penile fistulae managed in a Guinean hospital setting. **Patients and Methods:** This is a retrospective series of 22 post-circumcision penile fistulae encountered at the University Hospital Center of Conakry over a 58 months period. **Results:** The mean patients' age was 7 years (range 5 months to 32 years). The mean delay to consultation was 17 months. Circumcision was performed by paramedical personnel in 15 cases and by a physician in 7 cases. Penile fistulae were all glandular and located at the corona ventrally. Surgical treatment consisted of excision of the fistulous tract and fistulorrhaphy with urethrocutaneous plication (n=11), with pedicled penile flap (n=6), and using the Davis technique (n=5). Primary success was achieved in 16 cases, and 6 patients were re-operated successfully for a residual fistula. **Conclusion:** Penile fistula is not a trivial complication of circumcision. Prevention lies in mastery of the various steps of circumcision.

Tirés-à-part :
Dr A.B. DIALLO
B.P. 615,
Conakry, Guinée
E-mail : diallo_abobo@yahoo.fr