



L'objectif de cette intervention est de diminuer l'importance de la courbure du pénis en érection afin de faciliter les rapports sexuels. Cette intervention s'adresse aux hommes souffrant d'une courbure acquise (apparue secondairement : maladie de La Peyronie ou après un traumatisme) du pénis en érection.

Cette fiche d'information est destinée aux patients et aux professionnels de la santé. Elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir. Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines. Certaines situations médicales ne sont pas entièrement prévisibles et nécessitent une adaptation de la prise en charge. Ces éventuelles adaptations ne peuvent donc pas être reprises ci-dessous. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes peuvent vous être communiquées pendant une consultation avec votre médecin.

## L'ORGANE

Le Pénis est l'organe de la copulation (rapport sexuel) et de la miction. Il est constitué de deux corps caverneux et d'un corps spongieux entourant l'urètre (canal à travers lequel s'écoule l'urine) et qui se termine par le gland. Les corps caverneux sont recouverts d'une membrane épaisse, l'albuginée. Le pénis est recouvert d'une peau (le fourreau) qui se termine par un repli qui recouvre le gland (le prépuce). L'innervation et la vascularisation du pénis sont assurées par des artères et des nerfs qui se trouvent le long de la face dorsale (face visible par l'homme lorsque le pénis est flaccide).



La courbure du pénis en érection est liée à l'existence d'une asymétrie congénitale des corps caverneux ou à l'apparition au cours de la vie d'une plaque de fibrose localisée au niveau de l'un ou des deux corps caverneux.

## PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Il s'agit de soit de rétrécir le corps caverneux apposé à la déviation afin de corriger celle-ci, soit de réaliser une incision de la plaque de fibrose de l'albuginée afin de redresser la courbure du pénis et de combler la perte de substance par une greffe de tissu propre au patient (veine) ou d'autre origine (sous-muqueuse intestinale de porc préparée). Cette intervention est réalisée pour corriger une courbure qui rend difficile ou impossible les rapports sexuels ou qui est responsable d'un préjudice esthétique.

et qui est stable depuis plusieurs mois. Aucun médicament n'a d'autorisation pour le traitement des courbures du pénis.

## PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Aucun examen complémentaire n'est obligatoire avant l'intervention en dehors des examens de sang et urinaires (ECBU) habituels. Des examens spécifiques à votre état de santé peuvent éventuellement être prescrits par l'anesthésiste ou votre chirurgien. Un écho-Doppler ou une IRM du pénis sont parfois demandés dans des cas particuliers.

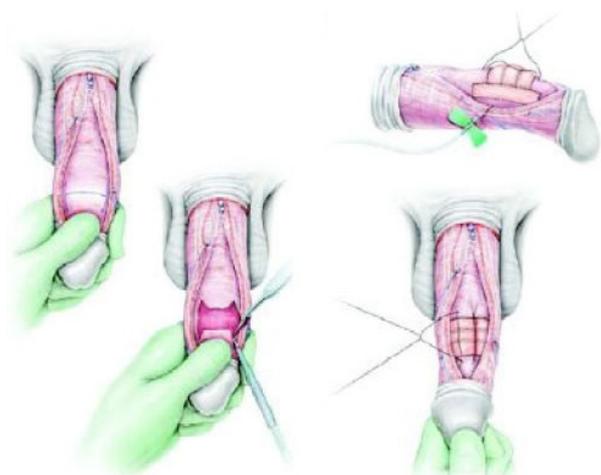
Des photos de votre pénis en érection peuvent vous être demandées par le chirurgien urologue afin de faciliter le choix de la technique opératoire et de juger du résultat postopératoire.

Les traitements antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants doivent être arrêtés avant l'intervention lorsque cela est possible (avis du cardiologue ou médecin généraliste) ou remplacés.

## DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

L'admission a lieu le matin de l'intervention. Le type d'anesthésie (rachianesthésie ou anesthésie générale) est choisi par le médecin anesthésiste en fonction de critères médicaux et peut tenir compte, dans la limite du possible, des souhaits du patient.

L'incision cutanée est réalisée en général quelques millimètres en arrière du gland de façon circulaire afin de décoller la peau du pénis des corps caverneux. Une circoncision (ablation du prépuce) peut parfois être proposée afin d'éviter des complications liées à l'œdème postopératoire.



Une érection artificielle est ensuite réalisée afin de choisir la localisation de l'incision à réaliser. Les nerfs et les artères du pénis sont disséqués et protégés. La plaque est incisée et la greffe tissulaire est suturée au niveau de la perte de substance.

La peau est fermée en utilisant des fils résorbables. Un drainage est le plus souvent laissé en place 24 h ainsi qu'un pansement autour du pénis. Une sonde vésicale peut être maintenue 24h après l'intervention.

## SUITES OPÉRATOIRES - RETOUR À DOMICILE

Le retrait des pansements, drains et sondes a lieu habituellement le lendemain de l'intervention et le retour à domicile peut s'effectuer après vérification de l'état local et un premier soin de cicatrice. Des soins peuvent être réalisés par un(e) infirmier(e) à domicile ou par le patient lui-même quelques jours après l'intervention. Des antalgiques sont prescrits à la sortie.

La convalescence et l'arrêt de travail sont adaptés au métier que vous exercez.

Le patient doit éviter toute activité sexuelle en érection pendant 6 semaines après l'intervention afin de permettre la cicatrisation.

Des étirements du pénis sont habituellement proposés afin d'éviter la rétraction de la greffe : érecteur à dépression (Vacuum), injections intracaverneuses ou dispositif mécanique de traction.

## RISQUES ET COMPLICATIONS

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous.

Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- Complications directement en relation avec l'opération de posthectomie.
- Echec de l'intervention par rétraction ou fibrose de la greffe.
- Diminution de longueur et/ou de la largeur de la verge à l'état flaccide et/ou érectile.
- Perception de nodules sous la peau du pénis liés à la présence de la greffe.
- Douleurs lors de l'activité sexuelle.
- Reprise évolutive de la maladie de La Peyronie nécessitant éventuellement une reprise chirurgicale.
- Complications locales (hématome, infection pouvant aller jusqu'à une reprise chirurgicale et une prise en charge médicale spécifique).
- Troubles de la sensibilité et/ou de la vascularisation de la verge, transitoires ou définitifs.
- Phimosis et paraphimosis nécessitant éventuellement une reprise chirurgicale.
- Nécessité de reprise chirurgicale qu'elle qu'en soit la cause.
- Infection urinaire post-opératoire et rétention d'urines.
- Troubles sexuels secondaires (troubles de l'érection et/ou troubles de l'éjaculation et/ou de l'orgasme) pouvant nécessiter une prise en charge spécifique.

## SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Une consultation postopératoire est programmée dans les 4 à 6 semaines qui suivent l'intervention afin de vérifier la qualité de la cicatrisation et le résultat. Des photos du pénis en érection peuvent vous être demandées afin de faciliter l'évaluation du résultat morphologique.

Les évènements qui doivent vous amener à contacter le service d'urologie ou le service d'urgences ou à consulter votre médecin généraliste ou votre urologue sont l'aggravation de la douleur, un écoulement par la cicatrice, le gonflement (œdème, hématome) du pénis ou la fièvre.

Il est rappelé que **toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux**, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs) et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

Tél.: 010 437 235  
secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be