

L'OPERATION DE NESBIT DANS LE TRAITEMENT DE LA COUDURE DE VERGE. A PROPOS DE 39 CAS.

P.G. KONAN, A. GELET, B. CUZIN, X. MARTIN ET J.M. DUBERNARD
Service d'Urologie (Pavillon V), Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

MOTS CLES: coudure de verge, Nesbit, maladie de Lapeyronie

RESUME

La coudure de la verge lorsqu'elle est importante peut constituer un obstacle à l'accomplissement des rapports sexuels. Elle peut être congénitale ou acquise, compliquant une maladie de Lapeyronie. Le plus souvent la coudure est peu importante et ne gêne pas les rapports sexuels. Mais elle est parfois source de honte et de problèmes psychologiques poussant les patients à éviter tout rapport sexuel. L'opération de Nesbit est l'intervention de choix dans le traitement de ces malformations. Le principe est simple. Il consiste à exciser une pastille ovale d'albuginée et de corps caverneux au sommet de l'angle de la coudure. 39 cas de coudure de verge (20 coudures congénitales et 19 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie) ont été opérés dans le service d'urologie de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon sur une période de 10 ans. Les résultats sont les suivants : l'opération de Nesbit a été pratiquée dans 74% des cas et dans les autres cas, une variante de celle-ci. Le redressement de la verge a été obtenu et maintenu dès la première intervention dans 97% des cas après 6 mois. La correction est toujours stable à 10 ans. Un seul cas de raccourcissement important de la verge (2 cm) a été noté. L'opération de Nesbit est donc une intervention fiable, bien codifiée actuellement. Elle donne entre des mains entraînées, d'excellents résultats

INTRODUCTION

La coudure de la verge lorsqu'elle est importante, peut constituer un obstacle à l'accomplissement des rapports sexuels. Elle peut être congénitale, par asymétrie de développement des corps caverneux. La verge est alors déviée du côté du corps caverneux le plus court. La coudure sera d'autant plus prononcée que la différence de taille entre les corps caverneux est grande. Elle peut-être acquise compliquant une maladie de Lapeyronie. La coudure est alors provoquée par la fibrose localisée et plus ou moins étendue du corps caverneux. La verge est déviée du côté de la fibrose. Le plus souvent, la déformation est peu importante et ne gêne pas les rapports sexuels. Mais elle est parfois source de honte et de problèmes psychologiques, poussant les

patients à éviter tout rapport sexuel¹⁻⁵. L'opération de Nesbit est l'intervention de choix dans le traitement des courbures de la verge^{2,3,6}. Nesbit a été le premier à décrire la technique opératoire permettant de corriger cette anomalie. C'est ainsi que cette intervention porte son nom. En 1965, il décrivit la technique à partir de trois cas de coudure congénitale. Le principe est simple. Il consiste à exciser une pastille ovale d'albuginée et de corps caverneux au sommet de la coudure puis à suturer l'albuginée^{1,4,6,7,8,9}. De nombreux auteurs ont proposé des modifications à cette technique, mais le principe de base reste le même. L'excision est remplacée tantôt par la plicature ou par l'incision longitudinale avec suture transversale de l'albuginée^{4,6,8,9,10}. Nous rapportons le résultat à long terme de 39 cas de coudure de la verge colligés dans le service

Tableau I: Technique de Cure des Coudures de la Verge dans notre Série (n=39)

Technique	Coudures Congénitales	Coudure Secondaire à la Maladie de Lapeyronie	Total	(%)
Excision de l'albuginée (Nesbit)	16	13	29	74,35%
Plicature de l'albuginée	4	0	4	10,26%
Excision + plicature de l'albuginée	0	4	4	10,26%
Incision longitudinale + suture transversale de l'albuginée	0	2	2	5,13%
Gestes complémentaires	2 cures d'hypospadias, 2 uréthroplasties pour brièveté de l'urètre	1 résection de plaque de fibrose + prothèse en Gortex	3	7,69%

d'urologie de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude est rétrospective et porte sur une période de 10 ans (1985 à 1995). Pendant cette période 39 patients âgés de 39,58 ans (extrêmes : 14 et 68 ans) ont été opérés d'une coudure de la verge. Ils sont repartis en deux groupes. Le groupe I est constitué de 20 patients âgés de 24,55 ans (extrêmes : 14 et 51 ans). Ils présentaient une coudure congénitale de la verge et le deuxième groupe de 19 patients avec une coudure de la verge secondaire à une maladie de Lapeyronie. Ils avaient un âge moyen de 55,47 ans (extrêmes : 40 et 68 ans).

Les patients avaient consulté pour divers motifs : impossibilité d'accomplir les rapports sexuels (impossibilité de pénétration) chez 5 patients (3 du groupe I et 2 du groupe II), difficultés à l'accomplissement des rapports sexuels (gêne à la pénétration) chez 17 patients (4 du groupe I et 13 du groupe II), douleurs pendant les rapports sexuels chez 3 patients du groupe II et absence de tout rapport sexuel par honte devant d'éventuelles partenaires à cause de la déformation (problèmes psychologiques pour des raisons esthétiques) chez 15 patients dont 14 chez les patients présentant une coudure congénitale (groupe I).

Les coudures avaient les caractéristiques suivantes :

Le degré d'angulation:

La coudure était inférieure à 30° dans 5 cas (2 coudures congénitales et 3 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie). Dans 15 cas (7 coudures congénitales et 8 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie) elle était comprise entre 30 et 45°. Dans 19 cas (11 coudures congénitales et 8 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie) elle était supérieure à 45°.

Le siège de la coudure:

Dans 8 cas (4 coudures congénitales et 4 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie), la coudure siégeait au 1/3 antérieur de la verge, dans 19 cas (9 coudures congénitales et 10 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie) elle siégeait au 1/3 moyen de la verge. Dans 12 cas (7 coudures congénitales et 5 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie) elle siégeait au 1/3 postérieur de la verge.

Direction de la coudure:

La coudure était ventrale (gland dirigé en bas) dans 16 cas (9 coudures congénitales et 7 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie). Elle était dorsale (gland dirigé en haut) dans 12 cas (6 cas pour chaque type de

Tableau 2: Complications Post-Opératoires de nos Patients

Complications	Coudures Congénitales	Coudures Secondaires à la Maladie de Lapeyronie
Precoces	5 hématomes	1 nécrose cutanée 1 suppuration sur plaque de Gortex
Tardives	1 correction imparfaite au 6ème mois, reprise avec succès	1 raccourcissement de 2 cm 1 impuissance
Total	6	4

coudre) et latérale (gland dirigé latéralement sur le côté) dans 7 cas (4 coudures congénitales et 3 coudures secondaires à la maladie de Lapeyronie).

Toutes ces informations avaient été obtenues à partir de photographies systématiques des patients en érection. Ces photographies étaient exigées de tous les patients pour confirmer la déformation, l'étudier et apprécier ses caractéristiques.

La qualité de l'érection avait été notée avant l'intervention. Elle était normale dans tous les cas de coudre congénitale et dans 11 cas de coudre secondaire à la maladie de Lapeyronie. Elle était insuffisante dans 7 cas de maladie de Lapeyronie et nulle dans 1 cas de maladie de Lapeyronie.

Le délai moyen entre la première consultation et l'intervention chirurgicale a été dans la maladie de Lapeyronie de 8,82 mois avec des extrêmes de 2 et 48 mois.

Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale. Une érection artificielle était provoquée par injection intra-caverneuse de sérum physiologique (injection dans un seul corps caverneux après la pose d'un garrot à la base du pénis pour éviter la fuite du sérum) dans le but de reproduire la coudre et de repérer le site de l'intervention. Trois types d'incision cutanée avaient été pratiquées :

- dans 32 cas, l'incision cutanée était circulaire, sous le gland avec retournement de la peau jusqu'à la base de la verge,
- dans 6 cas l'incision cutanée était minime et était pratiquée en regard du site de l'intervention

- dans 1 cas l'incision était longitudinale sur le raphé médian.

Après l'abord cutané, des dissections avaient nécessaire. Ce sont : 13 dissections de l'urètre, 15 dissections du paquet vasculo-nerveux dorsal de la verge et dans 1cas une dissection de l'urètre et du paquet vasculo-nerveux dorsal de la verge

Les patients ont été opérés par 5 chirurgiens différents. Ils ont pratiqué la technique de Nesbit où une variante de celle-ci (Tableau 1).

Dans 15 cas du fil résorbable avait été utilisé (fil à résorption lente) et dans 24 cas, du fil non résorbable. Lorsqu'une excision de l'albuginée était pratiquée, une, voire plusieurs pastilles hélicoïdales d'albuginée et de corps caverneux étaient enlevées. Leur taille et leur nombre étaient fonction de l'importance de la coudre. Tous les patients avaient eu une érection provoquée en début, en cours et en fin d'intervention pour apprécier la qualité du redressement de la verge.

Les patients ont été revu en consultation 3 semaines après leur sortie d'hôpital puis aux 3^{ème}, 6^{ème} et 12^{ème} mois post-opératoire puis à 2 et 5 ans pour apprécier la stabilité du résultat dans le temps. A partir de la 5^{ème} année le résultat a été considéré comme définitivement stabilisé.

RESULTATS

La durée moyenne des interventions a été de 86,54 minutes (extrêmes : 25 et 193 minutes).

La durée moyenne de l'hospitalisation a été de 5,23 jours (extrêmes : 3 et 22 jours).

Les complications observées figurent dans le Tableau 2. Les complications précoces dont 5 hématomes, 1 nécrose cutanée et 1 suppuration sur plaque de Gortex avaient été traitées et guéries sans séquelles. Un seul cas avait été repris pour insuffisance de correction. C'était une coudure congénitale de 90°. La 2^{ème} intervention survenue 6 mois plus tard a permis d'obtenir une correction satisfaisante. Un seul cas de raccourcissement important de la verge (2 cm) a été noté ainsi qu'un cas d'impuissance chez un diabétique.

Le résultat est stable après un recul moyen de 10 ans (extrêmes : 2 et 12 ans) chez tous les patients quelque soit le type de fils utilisé (fils à résorption lente et fils non résorbable).

COMMENTAIRE

L'incidence de la coudure congénitale de la verge n'est pas connue avec exactitude. Dans une étude portant sur 194 nouveaux nés au Danemark, Ebbehoj⁷ l'a estimé à 0,37 pour 1000 nouveaux nés. Yachia⁵ chez 500 nouveaux nés en Israël a observé une incidence de 0,6 pour 1000.

Il semble que l'incidence réelle de cette malformation soit sous estimée parce que selon ces auteurs, les coudures congénitales dans leur grande majorité sont peu importantes et gênent peu les rapports sexuels. Elles constituent donc rarement des motifs de consultation sauf pour certains adolescents et quelques jeunes hommes qui en ont honte. En effet la coudure de la verge ne s'observe que pendant l'érection et l'érection préoccupe peu jusqu'à la puberté. Selon Chevret-Méasson¹¹ c'est à la puberté que l'adolescent forge ses idées sur son sexe et ce qu'il doit en montrer à l'autre sexe. C'est également la période où il s'interroge sur l'importance de la taille et de la forme de son sexe et où prennent naissance des complexes qui peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. La normalité est dès cette période dans toutes ses questions, il pose des questions à partir des livres des records et des images pornographiques. Toutes ces questions sont d'abords débattues entre copains et en absence de solution satisfaisante, l'adolescent se confie aux parents qui l'amènent en consultation. Donc les premières consultations ne se font qu'après la puberté.

La maladie de Lapeyronie est une affection idiopathique caractérisée par l'apparition et le développement d'une plaque au niveau des corps caverneux avec pour conséquence une déformation de la verge et parfois une impuissance érectile¹². Un consensus semble se dégager pour tous les auteurs, à savoir tenter au minimum un an de traitement médical devant une maladie de Lapeyronie et ne proposer la chirurgie qu'en cas d'échec^{2,12}. Ces dispositions avaient été observées chez tous nos patients. En effet, le traitement chirurgical (74% d'opération de Nesbit) n'est intervenu que 9 mois en moyenne après la première consultation de nos patients. Les résultats dans notre série sont bons avec 97,44% de succès à 6 mois et 100% à 12 mois après la reprise d'un cas. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature¹⁻⁵. Un seul cas de raccourcissement (2,56%) a été observé. Il s'agit d'une des rares séquelles après correction chirurgicale d'une coudure de la verge. Ralph³ l'estime à 1,67%. L'impuissance érectile est exceptionnelle parce que le paquet vasculo-nerveux dorsale est disséqué et protégé pendant l'intervention. Notre seul cas d'impuissance a été observé chez un diabétique qui présentait déjà en pré-opératoire des troubles de l'érection. Il est important de signaler que la stabilité des résultats à long terme a été identique aussi bien chez les patients dont la cure de la coudure a été réalisée avec du fil à résorption lente que chez ceux qui ont eu leur avec du fil non résorbable.

Ces bons résultats sont liés à la bonne codification de cette intervention, à savoir :

- la bonne détermination des caractéristiques de la coudure (sa localisation, le degré de son angulation, sa direction) grâce aux photographies des patients en érections exigées avant la décision thérapeutique.
- l'érection provoquée per-opératoire par le sérum physiologique permettant à chaque instant de vérifier la qualité de la correction.

En conclusion, la chirurgie du redressement de la verge est dominé par l'opération de Nesbit (74% des interventions dans notre série). C'est une intervention très fiable actuellement. Elle est bien codifiée et donne de bons résultats à long terme. Notre courte série (39 cas) serait liée à la méconnaissance par le public de l'existence d'une telle intervention. Une large information du public permettra peut-

être d'accroître le nombre de consultants et donc de connaître l'incidence réelle de cette affection. Mais il faut savoir que seules les coudures qui ont un retentissement effectif (psychologique ou physique) sur les rapports sexuels sont à traiter.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dje K, Weber O, Adjiman S, Flam T, Zerbib M and Debré B (1994): Modified Nesbit's operation in the treatment of incurvations of the penis. A propos de 26 cases. *J Urol (Paris, France)*, 100(1):33.
2. Poulsen J and Kirkeby J (1995): Treatment of penile curvature. A retrospective study of 175 patients operated with plication of the tunica albuginea or the Nesbit procedure. *J Urol*, 75(3):370.
3. Ralph DJ, Al Akraa M and Pryor JP (1997): The Nesbit operation for Peyronie's disease: 16 years experience. *J Urol*, 154 (4):1362.
4. Slawin KM and Nagler HM (1992): Treatment of congenital penile curvature with penile torsion. A new twist. *J Urol*, 147:152.
5. Yachia D, Beyar M, Aridogan IA and Dascalu S (1993): The incidence of congenital penile curvature. *J Urol*, 150:1478.
6. Erpenbach K, Rothe H and Derschum W (1991): The penile plication procedure: An alternative method for straightening penile deviation. *J Urol*, 146:1276.
7. Ebbehøj J and Metz P (1987): Congenital penile angulation. *Brit J Urol*, 60:264.
8. Ebbehøj J and Metz P (1995): New operation for „Krummerik“ (penile curvature). *Urology*, 26(1):76.
9. Knispel HH, Gonnermann D and Huland H (1991): Modified surgical technique to correct congenital and acquired penile curvature. *Eur Urol*, 20:107.
10. Kelami A (1987): Congenital penile deviation and its treatment with the Nesbit-Kelami technique. *Brit J Urol*, 60:261.
11. Chevret-Méasson M (1998): L'abord psychosexologique des dysfonctions érectiles. In: *Objectif Dysfonction Erectile*. JBH Santé, Paris, pp. 62-71.
12. Benson RC and Patterson DE (1983): The Nesbit procedure for Peyronie's disease. *J Urol*, 130:692.

ABSTRACT

Important penile curvature may cause an obstacle to sexual intercourse. It may be congenital or acquired in Peyronie's disease. Most often the curvature is not important and does not disturb sexual intercourse. But it may be a source of shame and psychological problems and lead patients to avoid sexual intercourse. The Nesbit procedure is the treatment of choice for such malformations. The principle is easy: An oval cut-off pastille is made in the albuginea and the cavernous corpus at the vertex of the curvature. Our series includes 39 penile curvatures (20 congenital and 19 in Peyronie's disease) operated at the urological department of Edouard Herriot Hospital of Lyon / France during a period of 10 years. The Nesbit procedure was performed in 74% of cases and a variant of the procedure in the other cases. Six months' follow-up proved that we had succeeded to obtain and maintain penile straightening at the first operation in 97% of cases. Ten years later, the correction was still lasting. Only one case of important shortening of the penis (2 cm) occurred. We, therefore, conclude that the Nesbit procedure is a reliable operation offering an excellent outcome.

All correspondence to be sent to:

Dr. Paul Gerard Konan
 Assistant – Chef de Clinique
 Service d'Urologie
 CHU de Cocody
 B.P. 301 Cidex 1
 Abidjan
 Côte d'Ivoire

Fax: ++225-22419500