

La pénoplastie médicale d'augmentation par injection d'acide hyaluronique versus chirurgicale par lipofilling

Pr Barbara Hersant, MD PhD, chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice, professeur universitaire à l'Hôpital Henri Mondor, APHP, pratique la chirurgie reconstructrice des seins et des parties génitales, la chirurgie et médecine esthétique.



La demande d'augmentation de la taille du pénis à visée esthétique, a considérablement augmenté ces dix dernières années. La raison probable de cette demande accrue, est l'explosion de l'exposition des organes génitaux dans les photos ou les films pornographiques sur le net, dans la presse et lors d'activité comme les hammams et spas (en croissance dans les pays occidentaux).

Le phallocentrisme est le concept selon lequel le pénis est au centre de l'identité masculine. Contrairement à l'époque de l'antiquité grecque où les petits phallus étaient valorisés, le sexe masculin est considéré, à présent, comme la représentation de la virilité, de la force et de la jeunesse.

Marc Abecassis 1 qui a la plus grande expérience d'élargissement de verge, en Europe, a déclaré : " Un centimètre de plus dans le pénis équivaut à un kilomètre dans la tête d'un homme".

Cependant, cette procédure d'augmentation esthétique est controversée. Les mises en cause de praticiens dans les médias et l'absence de recommandation de la société internationale de médecine sexuelle en faveur de cette procédure (2) doivent nous pousser à la plus grande vigilance.



Il existe actuellement 2 techniques pour l'augmentation pénienne en circonférence : la pénoplastie chirurgicale par lipofilling et la pénoplastie médicale par acide hyaluronique. Les procédures très efficaces consistant à implanter une prothèse dans les corps caverneux ne sont indiqués que dans les dysfonctions érectiles associées ou les pénis enfouis avec une altération fonctionnelle.

La littérature médicale concernant la pénoplastie par lipofilling et acide hyaluronique est assez pauvre et ne nous permet pas d'établir des conclusions formelles. On retrouve une littérature plus importante concernant les injections du gland notamment pour le traitement de l'éjaculation précoce (2-5) mais dont cet article ne traitera pas.



Les objectifs de la pénoplastie d'élargissement

L'objectif principal est la remise en confiance de l'homme notamment à l'état flaccide (au repos) par une amélioration du volume du pénis (6, 7). La circonférence peut augmenter de 2 à 3 cm et en "allourdissant" la verge, une augmentation de 1 cm maximum en longueur peut se voir (6-9) que ce soit avec le lipofilling ou l'acide hyaluronique.

Les indications

L'indication majeure en esthétique est le "complexe du vestiaire", c'est-à-dire une sensation de honte ou de gêne de la taille de son sexe au repos (10, 11). Certaines situations sont à risque pour le patient : vestiaires sportifs, piscine municipale avec le port obligatoire du slip de bain, les saunas ou hammam, le milieu carcéral...

La taille moyenne (chez le caucasien) en circonférence à l'état flaccide est de 9 cm et 11 cm en érection ; en longueur 9 cm à l'état flaccide et 14 cm en érection.

Il existe 3 catégories de taille de pénis qui nous intéressent pour cette procédure :

- Le micropénis : la taille en longueur en érection est inférieure à 8 ou 7 cm selon les références. Le traitement d'un micropénis par les procédures cosmétiques est très souvent décevante.
- Le petit pénis situé dans la borne inférieure de 2 cm sous la moyenne, soit entre 7 et 9 cm en circonférence

La consultation

La consultation, au minimum de 2, doit cerner l'attente précise du patient.

Quatre mesures sont indispensables, de même que les photos. Les mesures se font pour la longueur, sur la face dorsale de la verge, de la base se situant au niveau de la jonction pubo-pénienne jusqu'au meat urinaire, à l'état flaccide, en semi érection ou "Stretching" (il faut tirer 3 fois sur la verge) et en érection (demander au patient de faire la mesure chez lui en érection complète). La circonférence se mesure à l'aide d'un mètre souple à la partie moyenne de la verge.

Il faut également rechercher des malformations génitales et l'existence de plaque pouvant entraîner une courbure (Maladie de Lapeyronie).

L'analyse du prépuce est primordiale : circoncis, étroit ou phimosis... Un phimosis doit toujours être traité préalablement à la procédure par posthectomie.

Un prépuce serré ou étroit doit faire discuter la procédure : posthectomie partielle ou dilatation manuelle par des anneaux rétracteurs (Phymostop, Phymocare...).

Cette procédure ne permet cependant pas d'améliorer les capacités sexuelles et n'a pas d'impact sur la fonction sexuelle ou urinaire. Même s'il a été démontré que le sentiment de confiance concernant la taille de la verge pouvait améliorer la capacité d'érection par des processus psychologiques (6, 7).

à l'état flaccide. C'est l'indication de choix en termes de satisfaction et de quantité de produits à utiliser.

- Le pénis de taille normale situé en 9 et 11 cm en circonférence à l'état flaccide. Il existe de véritable complexe développé malgré des mensurations rassurantes. Une pénoplastie peut être pratiquée dans ce cas si la demande est forte avec un retentissement psycho-social à la condition d'éliminer un « Body Dysmorphic Disorder » (BDD). Une consultation par un sexologue est alors recommandée.
- Il peut y avoir des demandes purement esthétiques de patients ayant une verge de taille supérieure à la normale cependant la quantité de produits à utiliser pour obtenir un résultat homogène est importante. La balance bénéfice risque est toujours à évaluer.

L'analyse dermatologique du gland et du sillon balano-préputial est nécessaire pour un traitement préalable ou pour proscrire l'intervention : lichen scléreux atrophique (**figure 1**), lésions malignes, condylomes, maladie herpétique...



Figure 1

Lichen scléreux atrophique du sillon balano-préputial

Une évaluation urologique, dermatologique, sexologique ou psychologique peut être nécessaire avant toute intervention.

Le contrat doit être clair sur les attentes possibles et sur l'engagement du patient à respecter les consignes post-opératoires.

Il faut également repérer les contre-indications :

- "BDD" ou troubles psychiatriques.
- Phymosis, paraphymosis.
- La maladie de Lapeyronie.
- Dysfonction érectile traitée par injection intra-caverneuse.
- Trouble de l'hémostase.
- Une affection locale aiguë infectieuse ou inflammatoire.

La Pénoplastie médicale par injection d'acide hyaluronique (HA)

Lien youtube : Démonstration pénoplastie HA

<https://youtu.be/GXHNgHU10hY>



L'injection d'HA est une bonne alternative au lipofilling quand le patient est très mince ou ne souhaite pas une intervention chirurgicale et comprend la réitération de la procédure tous les ans ou tous les 2 ans en fonction du produit utilisé.

Il n'y a malheureusement pas encore d'HA ayant le marquage CE dans cette indication et la responsabilité du praticien est engagée s'il existe une complication liée au produit. Dans les 2 seuls articles scientifiques avec une cohorte suffisante de patients, les HA utilisés étaient le Restylane Sub Q et le Macrolane (qui n'est plus autorisé en France).

Il faut savoir également que l'injection se fait dans un plan avasculaire, qui est donc un mauvais site receveur. L'idéal est un HA de bonne qualité, réticulé, avec une bonne biointégration, ayant la capacité de se modeler et qui perdure dans le temps (idéalement 2 ans).

Ces injections se font sous anesthésie locale en consultation dans des conditions stériles strictes. Il faut prévoir au moins une heure pour ce type d'injection. Une aide peut être nécessaire pour exposer correctement le sillon balano-préputial pour effectuer correctement l'introduction de la canule dans le fourreau de la verge. L'application d'un topique anesthésiant est indispensable une heure avant l'injection, en couche épaisse. En cas de douleur ou de stress, on peut utiliser une inhalation de Méopa.

L'injection de lidocaïne au niveau de l'orifice d'injection n'est pas nécessaire si la préparation par topique a été faite de la bonne façon. On peut tout de même en cas de difficulté, effectuer un bloc pénien à la base de la verge.

L'utilisation d'une canule rigide de bon calibre (entre 16 et 21G) est indispensable (**Figure 2**) pour éviter les faux trajets et rester dans le bon plan tangentiellement aux corps carverneux. L'injection se fait de la même manière que le lipofilling contre l'albuginée (**Figure 3**) sans léser celui-ci car il y a un risque d'hématome ; de manière rétrotraçante dans les rayons de 1h, 5h, 7 et 11h pour éviter le pédicule vasculo-nerveux à 12h et l'urètre à 6h.

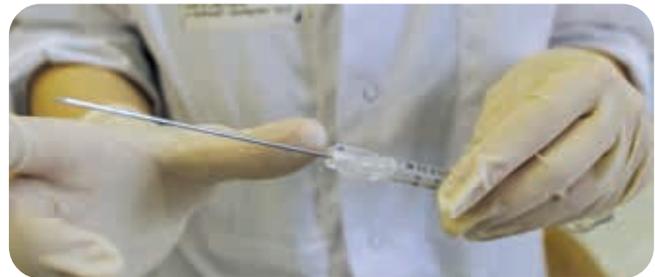


Figure 2

Canule d'injection longue (>10 cm) de 18G

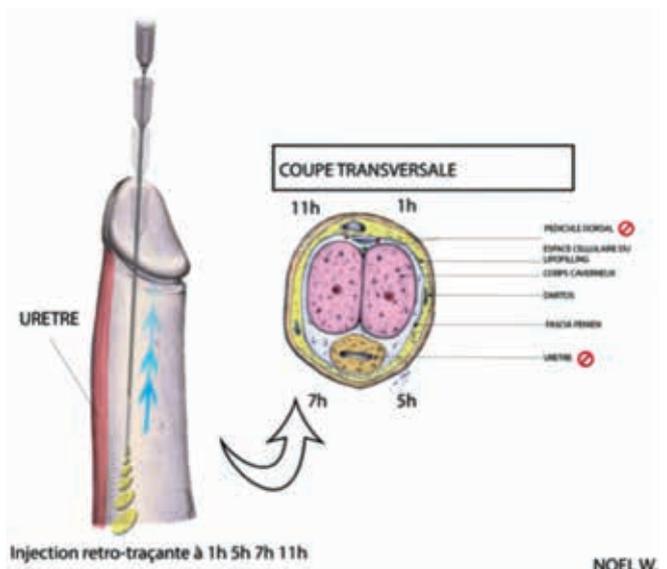


Figure 3

Coupe anatomique de fourreau de verge et schéma d'injection



La quantité d'HA (entre 10 et 20ml) dépend de l'anatomie du patient. Il faudra anticiper une quantité plus importante pour les verges de taille normale ou grande pour obtenir un résultat homogène. Un massage ou un pansement modelant en fin d'intervention est nécessaire (**Figure 4**).



Figure 4
Pansement modelant

Les avantages par rapport au lipofilling :

- Réalisable sous anesthésie locale, en consultation.
- Résultat prédictible précoce.
- Procédure réversible si besoin : Hyaluronidase
- Possibilité de complément ou de retouches en consultation
- Possibilité de traiter les patients très minces

Pénoplastie chirurgicale par lipofilling

Il s'agit d'une intervention faite sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. Il faut injecter en moyenne 40ml à 60 ml (10, 11) de microlipofilling pour obtenir un résultat satisfaisant à terme.

À l'aide de 2 pinces, il faut exposer le sillon balano-préputial et inciser (1mm) sous celui-ci pour éviter les saignements à l'aide d'une lame de 11 ou d'une aiguille blanche

Le résultat est visible rapidement après la disparition de la lidoïcaine (**figure 5**).

Il faut toujours être doté de hyaluronidase en cas d'amas douloureux ou de résultat inesthétique.

Il n'est pas rare de voir des résultats perdurer après 2 ans (**Figure 7**).



Figure 5
Résultat immédiat après injection de 12 ml d'HA



Figure 7
Résultat à 2 ans d'une injection de 10 ml d'HA

Les inconvénients par rapport au lipofilling :

- Pénoplastie temporaire à renouveler
- Coût très élevé
- Utilisation d'un corps étranger avec risque lié au biofilm
- Absence de marquage CE pour l'HA dans cette indication

(pompeuse) à 1h, 5h, 7h et 11h, soit 4 incisions (**Figure 3**).

A l'aide d'une canule de Colman d'injection, il faut glisser par les incisions dans le plan de dissection qui est avasculaire au contact de l'albuginée mais sans effraction de celui-ci et être tangentiel par rapport à la verge. L'injection se fait de manière retro-traçante (**Figure 3**). La suture des incisions est à éviter.

Un massage est préconisé de manière à répartir correctement la graisse et ne pas hésiter à “malaxer” entre les 2 mains dans le plan transversal pour éviter l’apparition d’amas graisseux nécessitant parfois une réintervention. Un pansement modelant est nécessaire (**Figure 4**). Le sondage urinaire n’est pas préconisé.

Il faut prévenir le patient qu’en moyenne 50 % de la graisse risque de disparaître et que l’œdème post-opératoire disparaît en 6 semaines. L’élargissement peut donc paraître impressionnant en post-opératoire immédiat, mais il ne s’agit pas du résultat final.

Les avantages par rapport à l’HA

- Pénoplastie permanente
- Le coût
- Produit Autologue prélevé en extemporané
- Amélioration de la trophicité par les cellules souches de la graisse
- Bénéfice secondaire de la lipoaspiration
- Adjonction d’une procédure d’allongement pénien dans le même temps opératoire

Les inconvénients par rapport à l’HA

- Résultat moins prédictible (en fonction de la qualité du lipofilling)
- Résultat définitif tardif
- Risque de Kystes huileux
- Risque de migration définitive avec un résultat inesthétique
- Nécessité d’une 2nd intervention chirurgicale en cas d’insatisfaction ou de complications

Conclusion

La littérature médicale ne permet pas de trancher entre la pénoplastie médicale et chirurgicale. Le choix de la technique doit dépendre du patient et de sa morphologie.

Le lipofilling reste la méthode de choix pour l’élargissement pénien définitif. L’HA est une alternative intéressante mais présente un certain nombre d’inconvénients tels que la durée de vie, l’absence de marquage CE dans cette indication, le coût... Le laboratoire Vivacy travaille actuellement sur un AH spécifique à la pénoplastie.

La sélection des patients est primordiale sur le plan médical et psychologique.

Il est préférable de donner au patient un objectif raisonnable de 1 ou 2 cm de gain en circonférence pour prévenir une possible insatisfaction qui reste la complication principale de cette procédure.

Références

1. Abecassis M. Penis augmentation and elongation. International Symposium in Bonn on Aesthetic Plastic Surgery. Bonn, Germany. April 25 1998.
2. Geon Moon, Tae Il Kwak, and Je Jong Kim. Glans Penis Augmentation Using Hyaluronic Acid Gel as an Injectable Filler. World J Mens Health. 2015 Aug;33(2):50-61.
3. Kim JJ, Kwak TI, Jeon BG, Cheon J, Moon DG. Human glans penis augmentation using injectable hyaluronic acid gel. Int J Impot Res. 2003;15:439-443.
4. Perovic S, Radojicic ZI, Djordjevic MLJ, Vukadinovic VV. Enlargement and sculpturing of a small and deformed glans. J Urol. 2003;170(4 Pt 2):1686-1690. discussion 1690.
5. Shaeer O. Supersizing the penis following penile prosthesis implantation. J Sex Med. 2010;7:2608-2616.
6. Panfilov DE. Augmentative Phalloplasty. Aesth Plast Surg 2006;30:183-197.
7. Dillon BE, Chama NB, Honig SC. Penile size and penile enlargement surgery: a review. International Journal of Impotence Research 2008;20:519-529.
8. Sito G, Marilino S, Santorelli A. Use of Macrolane VRF 30 in circumferential penis enlargement. Aesthet Surg J. 2013 Feb;33(2):258-64.
9. Kwak TI, Oh M, Kim JJ, Moon DG. The effects of penile girth enhancement using injectable hyaluronic acid gel, a filler. J Sex Med. 2011 Dec;8(12):3407-13.
10. Ruffion A, Azam P, Leriche A. Chirurgie plastique et reconstructrice de la verge. Encycl Méd Chir, techniques chirurgicales- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-686, Techniques chirurgicales- Urologie 41-478, 2003, 9p.
11. Alter GJ. Pubic Contouring after massive weight loss in men and women: correction of hidden penis, mons ptosis, and labia majora enlargement. Plast Reconstr Surg 2012;130:936-947.