

Douleur de la circoncision : que faire ?

Dr Daniel Annequin

Anesthésiste, psychiatre, responsable de l'unité fonctionnelle de lutte contre la douleur
Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Assistance publique – Hôpitaux de Paris

daniel.annequin@trs.aphp.fr

Cette revue de la littérature traite uniquement de la prise en charge de la douleur et n'aborde aucunement le débat très souvent polémique voire passionnel concernant la pratique de la circoncision notamment néonatale [1, 2].

De nombreuses recommandations émanant de sociétés savantes ont été élaborées, elles traitent essentiellement des indications de la circoncision¹ mais elles rappellent systématiquement la nécessité d'une analgésie efficace [3].

Motifs d'ablation du prépuce chez l'enfant

– Une raison médicale (rarissime) lorsqu'il existe un rétrécissement du prépuce (phimosis) empêchant de décalotter facilement l'enfant à partir de l'âge de 6 ans, l'intervention est alors nommée posthextomie [4].

– Deux raisons non médicales (on parle alors de circoncision) :

- les habitudes « culturelles » aux États-Unis font que la quasi-totalité des nouveau-nés américains sont circoncis à la naissance le plus souvent par les obstétriciens ;
- les obligations religieuses : les nouveau-nés israélites sont systématiquement circoncis (*Brit milah*) au 8^e jour, les petits musulmans sont circoncis plus tardivement entre 3 et 8 ans.

Une pratique non religieuse spécifique aux États-Unis

Pratiques de la circoncision aux États-Unis

La circoncision pratiquée pour des motifs non religieux a débuté aux États-Unis à la fin du XIX^e siècle dans un cadre strictement médical. Cette opération était justifiée par la théorie des effets néfastes du prépuce, dont le père fondateur est le professeur Lewis Sayre, éminent chirurgien new-yorkais, président de l'*American Medical Association*. En 1870, il fit cette « découverte » en voyant marcher miraculeusement un enfant de 5 ans, dont l'usage des jambes était auparavant impossible, juste après avoir subi une circoncision pour soulager un paraphimosis sévère (étranglement du gland par un prépuce rétréci). Après d'autres observations similaires, il en théorisa massivement les bénéfices universels : « Beaucoup de cas d'enfants irritables, présentant un sommeil agité, une mauvaise digestion, qui sont souvent attribués aux vers, sont uniquement dus à une irritation du système nerveux causée par un prépuce adhérent ou rétréci. » L'Angleterre, également touchée par cette

¹ <http://www.cirp.org/library/statements/>

« lubie », en arrêta la pratique à partir de 1949, quand Douglas Gairdner, pédiatre de Cambridge, publia un article réhabilitant les fonctions du prépuce et, surtout, présentant les chiffres de la mortalité due à la circoncision : 16 décès chaque année chez des enfants âgés de 0 à 5 ans [5].

Aux États-Unis, la circoncision est pratiquée massivement puisqu'elle concerne, en moyenne, 60 % des nouveaux nés ; des variations de pratiques selon la région des États-Unis sont régulièrement constatées : Midwest, 80 % ; Nord Est, 69,6 % ; Sud, 64,7 % ; Côte Ouest, 34 % [6].

Traditionnellement les nouveau-nés ne recevant aucun produit antalgique, il a été possible de réaliser toute une série d'études contre placebo ; ces études ont ainsi montré de manière reproductible et fiable que le groupe « contrôle » présentait des scores maximums de douleur [7, 8].

Ann Taddio, pédiatre à Toronto, a évalué chez 87 nourrissons de 4 à 6 mois la douleur lors de la première vaccination. Les enfants étaient répartis en 3 groupes : groupe 1 circoncision néonatale sans anesthésie, groupe 2 circoncision néonatale avec crème anesthésiante, groupe 3 pas de circoncision [9]. Les « indicateurs » de la douleur du groupe 1 étaient significativement plus hauts que ceux du 3^e groupe, ceux du deuxième étant situés entre les deux précédents. Cette étude suggère l'existence d'une forme de « mémoire » de la douleur : le système nerveux central du nouveau-né exposé à une stimulation nociceptive majeure est capable plusieurs mois après l'événement douloureux d'en garder et d'en manifester la trace.

Des moyens antalgiques très hétérogènes

Cette pratique américaine a donné lieu à plus de 100 études sur l'efficacité des moyens antalgiques, 2 revues Cochrane ont été réalisées [10, 11]. Le paracétamol est évidemment inefficace [12], la crème anesthésiante seule est insuffisante [11], les solutions sucrées également [13] ; l'anesthésie locale (anesthésie en bague autour de la zone à inciser) ou locorégionale (bloc pénien qui consiste à anesthésier directement les nerfs sensitifs du prépuce par une infiltration bilatérale à la base de la verge) est actuellement très pratiquée et apporte de véritables bénéfices antalgiques. Toutefois ces méthodes, utilisées seules, restent insuffisantes. Les meilleurs résultats antalgiques sont obtenus en combinant ces différents moyens :

- l'association d'une solution sucrée orale, d'un système de contention « physiologique », et d'un bloc pénien apparaît très utile [14] ;
- l'association de crème anesthésiante, de paracétamol (25-30 mg/kg), d'une solution sucrée orale juste avant l'anesthésie en bague de la racine du pénis et enfin la réalisation d'un bloc pénien avec un anesthésique local de longue durée (bupivacaïne *versus* lidocaïne) apparaît particulièrement bénéfique pour la douleur per et postopératoire dans une étude israélienne de 2005 [15].

La littérature en revanche ne fournit quasiment aucune donnée sur la prise en charge de la douleur qui reste également très importante pendant 48 heures (après la circoncision) comme l'indiquent les scores élevés observés en chirurgie ambulatoire [16].

L'anesthésie générale (AG) et l'analgésie péridurale par voie caudale (chez le nouveau-né) sont les deux seules méthodes efficaces de manière constante mais elles ne peuvent être réalisées que par des médecins anesthésistes. En France selon les chiffres de l'assurance-maladie, de nombreux enfants bénéficient d'une AG. En 2007, 55 993 enfants de moins de 10 ans ont été opérés sous AG, 1 297 d'entre eux (1,7 %) avaient moins de 1 an.

Des besoins non couverts

En 1998, une enquête auprès de médecins pratiquant la circoncision néonatale montre que 75 % des obstétriciens n'utilisaient aucune anesthésie locale [6].

Dans la très grande majorité des cas, l'enfant ne bénéficie d'aucune couverture antalgique, ou de moyens notoirement insuffisants.

On peut ainsi parfaitement affirmer que la circoncision demeure dans nos sociétés occidentales la dernière chirurgie qui puisse être pratiquée sans anesthésie chez l'enfant.

Cette situation est encore plus paradoxale au regard des standards éthiques exigés pour l'expérimentation animale. En effet, la même intervention, provoquant une stimulation nociceptive majeure au tout début de la vie, ne pourrait jamais être pratiquée sur un animal non anesthésié, ni même envisagée dans un laboratoire de recherche...

Il est étonnant de constater que la circoncision, acte chirurgical le plus pratiqué chez l'enfant, soit encore ainsi réalisée alors qu'à notre connaissance aucune religion n'oblige à ne pas traiter la douleur et que la réalité de la douleur du nouveau-né est maintenant parfaitement connue.

Des moyens antalgiques efficaces existent, utilisés seuls ils sont plus souvent inefficaces. L'association de crème anesthésiante, de solution sucrée, d'une infiltration d'anesthésiques locaux et d'un bloc pénien constitue très probablement la solution la plus praticable au quotidien.

Une large information (comment mettre la crème anesthésiante, quelles solutions sucrées, quel timing ? comment faire un bloc pénien...) auprès des professionnels et des familles devrait permettre d'améliorer significativement nos pratiques.

Références

- [1] Patrick K. Is infant male circumcision an abuse of the rights of the child ? No. *BMJ* 2007 ; 335 (7631) : 1181.
- [2] Hinchley G. Is infant male circumcision an abuse of the rights of the child ? Yes. *BMJ* 2007 ; 335 (7631) : 1180.
- [3] Lannon CM, Bailey AG, Fleischman AR *et al.* Circumcision policy statement. *Pediatrics* 1999 ; 103 (3) : 686-93.
- [4] Société Française de chirurgie pédiatrique, Section française d'urologie pédiatrique. Fiche « Intervention pour phimosis ». 2004.
- [5] Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J* 1949 ; 2 (4642) : 1433-7.
- [6] Stang HJ, Snellman LW. Circumcision practice patterns in the United States. *Pediatrics* 1998 ; 101 (6) : E5.
- [7] Butler-O'Hara M, LeMoine C, Guillet R. Analgesia for neonatal circumcision : a randomized controlled trial of EMLA cream versus dorsal penile nerve block. *Pediatrics* 1998 ; 101 (4) : E5.
- [8] Taddio A, Stevens B, Craig K *et al.* Efficacy and safety of lidocaine-prilocaine cream for pain during circumcision. *N Engl J Med* 1997 ; 336 (17) : 1197-201.
- [9] Taddio A, Goldbach M, Ipp M *et al.* Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. *Lancet* 1995 ; 345 : 291-2.
- [10] Allan CY, Jacqueline PA, Shubhda JH. Caudal epidural block versus other methods of postoperative pain relief for circumcision in boys. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 ; 2 : CD003005.
- [11] Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA. Pain relief for neonatal circumcision. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 ; 4 : CD004217.
- [12] Howard CR, Howard FM, Weitzman ML. Acetaminophen analgesia in neonatal circumcision : the effect on pain. *Pediatrics* 1994 ; 93 : 641-6.
- [13] Kass FC, Holman JR. Oral glucose solution for analgesia in infant circumcision. *J Fam Pract* 2001 ; 50 (9) : 785-8.
- [14] Stang HJ, Snellman LW, Condon LM *et al.* Beyond dorsal penile nerve block : a more humane circumcision. *Pediatrics* 1997 ; 100 (2) : E3.
- [15] Stolik-Dollberg OC, Dollberg S. Bupivacaine versus lidocaine analgesia for neonatal circumcision. *BMC Pediatr* 2005 ; 5 (1) : 12.

- [16] Kokinsky E, Thornberg E, Ostlund AL, Larsson LE. Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. *Paediatr Anaesth* 1999 ; 9 : 243-51.