



Mise au point

La presse médicale

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les piercings génitaux (sans jamais oser le demander)

Everything you always wanted to know about genital piercing but were afraid to ask

Nicolas Kluger

Departments of Dermatology, Allergology and Venereology, Institute of Clinical Medicine, University of Helsinki, Skin and Allergy Hospital, Helsinki University Central Hospital, Meilahdentie 2, PO Box 160, HUS – 00029

Mots – clés: piercing, piercing génitaux, piercings intimes, organes génitaux, complications

Key words: piercing, genital piercing, intimate piercing, genitalia, adverse event

Le *body-piercing* (ou *piercing corporel*) consiste en la mise en place durable d'une ornementation (le *piercing* proprement dit ou le *bijou*), extérieurement et partiellement visible, après effraction de la barrière cutanée par une aiguille [1-5]. Les motivations sont diverses [3,6] : marqueurs sociaux (identification culturelle, appartenance à une classe sociale ou une ethnie), rites de passage, orientation sexuelle, ou simplement démarche esthétique, séduction, réappropriation de son corps. . . Cette pratique connaît une popularité grandissante depuis le milieu des années 90, principalement auprès des plus jeunes. Une étude nationale américaine réalisée en 2006 estimait à près de 14 % la prévalence du *piercing* (lobules des oreilles exclus) chez les 18—50 ans [7], la prévalence la plus élevée étant observée parmi ceux nés après 1973 [7]. Le *piercing* peut être posé dans de nombreux sites anatomiques : lobule des oreilles, helix auriculaire, sphère oro-faciale, narines, arcade sourcilière, ombilic, mamelon, racine du nez... et virtuellement, n'importe quelle partie de la peau peut être percée [1]. On distingue ainsi les piercings visibles, semi-visibles (langue, nombril) et les piercings dits « intimes » (tétou et organes génitaux externes) [1]. Ainsi, le *piercing* des organes génitaux externes masculins ou féminins constitue une forme particulière et rare de piercings, mal connue des médecins et du personnel soignant. Les personnes portant ces *piercings* génitaux (PG) se voient également associés à un certain nombre de stéréotypes négatifs, reliquats d'une autre époque: appartenance à une frange à part de la société ; forte prévalence d'infections par diverses infections sexuellement transmissibles (IST); attribution de comportement auto-mutilatoire et masochiste [8-11]. Cette revue fait le point sur les aspects médicaux mais également sociaux, culturels et psychologiques de ces *piercings* à la réputation sulfureuse.

Les différents types de piercings génitaux

La pratique du *piercing* date d'environ 3000 avant JC [12], mais les premiers témoignages historiques concernant spécifiquement les PG nous viennent du Kama-Sutra et de quelques tribus de Bornéo [9,11]. A l'instar des *piercings* du cartilage auriculaire, il existe une grande variété de PG masculins et féminins [10,12]. Les hommes ont anatomiquement « plus de place » pour l'insertion de PG comparés aux femmes [11]. On distingue 9 variétés de PG masculins et avec habituellement des bijoux assez volumineux. Les *piercings* peuvent être placés chez l'homme sur le pubis, le prépuce, le pénis, le fourreau de la verge, le scrotum et le périnée. Chez les femmes, la majorité des PG est localisée sur les lèvres ou le clitoris, mais de nouveaux types de *piercings* continuent d'être inventés selon la créativité des perceurs [13,14]. Les PG trouvent leur origine dans les pays occidentaux, en Europe et aux Etats-Unis et datent du XXème siècle. Quelques « mythes » entourant ces *piercings* ont été (et sont toujours) véhiculés pour promouvoir l'intérêt général pour ces *piercings* extrêmes [9]. Le plus célèbre est certaine-

ment celui du Prince Albert (le Prince Consort), mari de la Reine Victoria, qui aurait eu un PG dans sa jeunesse pour des raisons soit pratiques (maintien du pénis lors du port de pantalons moulants), soit médicales (le Prince Albert aurait souffert de la maladie de Lapeyronie) [12]. De même, le *Dydoe*, piercing des sujets circoncis, trouverait soi-disant son origine au sein de la communauté Juive [10,12]. Les différents types de PG masculins et féminins ainsi que leurs caractéristiques et fonctions sont résumés **tableau 1**.

Epidémiologie des piercings génitaux

La prévalence des *PG* dans la population générale est assez mal connue. Il s'agit clairement d'un phénomène occidental [9], comme l'illustrent les diverses études qui ont confirmé la forte prédominance de sujets caucasiens [15-17]. Dans l'étude de Laumann et *al*, la prévalence des PG dans la population était faible puisque seuls 5 hommes (soit 5/247, 2%) et 2 femmes (2/253, 0,8%) reconnaissaient la présence de ces piercings sans autre précision [7]. Dans une étude Néo-Zélandaise portant sur une cohorte de 966 jeunes individus tous âgés de 26 ans, 9% des hommes et 29% des femmes étaient percés. Parmi eux, 4 hommes (0,8% des hommes) et 3 femmes (0,6% des femmes) avaient un PG [16]. Enfin, dans une série de patientes consultant dans une clinique vénéréologique au Royaume-Uni, 32% des patientes (52/152) avaient un piercing corporel mais seuls 3 piercings génitaux étaient retrouvés (2%) [18]. Les hommes ont plus souvent un PG que les femmes alors que la prévalence globale du *piercing* est inverse. Ce constat s'explique probablement par les raisons anatomiques mentionnées précédemment avec moins de surface accessible chez les femmes [12]. Par ailleurs, dans certains pays comme au Royaume-Uni, la législation est plus stricte et le PG féminin pourrait être considéré comme un acte de mutilation au même titre que l'excision ou en tout cas limiterait le champ d' « imagination » des piercings génitaux pour les femmes [12]. Notons que l'organisation mondiale de la santé (WHO) classe le *piercing* comme une mutilation génitale féminine de type IV [19].

Une étude nationale réalisée en 2001 basée sur le volontariat (avec réponses à un auto-questionnaire après information par voie de presse et sélection téléphonique) a permis de recruter aux Etats-Unis 146 personnes (83 hommes et 63 femmes), porteuses de *piercings* intimes (tétons et/ou piercings génitaux) [15]. Cette étude est limitée par des biais inhérent à la thématique abordée et au mode de sélection de la population. Les personnes, qui ont répondu à ce questionnaire, se sentant les plus concernés, avaient une opinion probablement « plus positive » sur ce sujet que la normale. Enfin, cette étude étant réalisée aux Etats-Unis avec un questionnaire « à l'américaine », il est toujours difficile d'extrapoler totalement ces données à la France et l'Europe. Néanmoins, cette étude a le mérite de nous donner un cliché de cette population. Comparés aux données démographiques nationales de l'époque, il apparaît que l'échantillon était plus âgé (31 ans d'âge moyen), mieux éduqué

et plus souvent célibataire que l'américain type. Dans la très grande majorité, les sujets étaient caucasiens et 70% d'entre eux revendiquaient une orientation hétérosexuelle [15]. Un quart d'entre eux avait un *piercing* uniquement génital (22 hommes et 15 femmes) et 32% avait un ou des PG et un ou des *piercings* aux tétons (27 hommes et 20 femmes). Les hommes étaient plus nombreux, avaient un salaire plus élevé et plus d'amis percés dans leur proche entourage que les femmes. Il existait une tendance, toutefois non significative, des femmes à avoir une démarche plus réfléchie et à acquérir leurs *piercings* plus tôt que les hommes. Les hommes étaient plus souvent mariés et avaient un niveau éducatif plus élevé que les femmes percés (tendance uniquement, non significative sur le plan statistique). Chez les hommes, le Prince Albert était le PG le plus fréquent, seul (45%) ou avec d'autres *piercings* génitaux (24%). Chez les femmes, on notait une majorité de *piercing* clitoridien (62%), puis sur les lèvres (grande lèvre, 12% ; petite lèvre, 3 %). 24% avaient une combinaison clitoris – lèvre [15]. En 2010, une étude, menée par la même équipe américaine, a porté sur 240 femmes [20]. Le portrait type était celui d'une femme caucasienne, d'âge moyen 32 ans, mariée, avec ou sans enfant, en bonne santé, avec des activités professionnelles variées. Elle a attendu en moyenne deux ans entre l'idée et sa réalisation du PG, qui est principalement clitoridien. Des tatouages et d'autres *piercings* corporelles sont fréquents [20]. Soixante dix pourcent sont hétérosexuelle stricte, 21% bisexuelles et 3% homosexuelles. Il n'existe pas d'abus d'alcool, de tabac ou de drogues [20]. Ainsi, dans cette étude, la femme actuelle avec un PG apparaît comme manifestation intégrée dans la société, loin des stéréotypes habituellement attachés à ce type de *piercing* [20].

Pose d'un piercing génital, soins locaux et législation

Le *piercing* est habituellement réalisé dans un salon « professionnel ». Le perceur a un savoir-faire technique et une expérience acquise par compagnonnage, qui en font un véritable professionnel du *piercing*. Cependant, ses connaissances anatomiques ainsi que les règles d'hygiène et d'asepsie étaient le résultat d'une formation autodidacte jusqu'à récemment (*cf infra*). Le *piercing*, habituellement en acier chirurgical, en niobium ou en titane, est de forme (anneaux, courbes, barres droites. . .), de taille et d'ornementation (boule, pointe, objet sculpté. . .) variable. Le nickel, hautement allergisant, est parfois retrouvé dans certains alliages, mais, depuis 2001, les bijoux constitués d'alliages avec plus de 0,05 % de nickel sont interdits en Europe. D'autres matériaux non métalliques sont disponibles : teflon, tygon, poly méthacrylate de méthyle (PMMA). Après désinfection locale, le perceur repère le trajet à percer avec un stylo à alcool ou du violet de gentiane, utilise une pince à éponge (dans le cas de la langue) et insert rapidement une aiguille pleine ou un cathéter (stériles), sans anesthésie, avant de poser le *piercing* (stérile). Même si les perceurs utilisent du matériel stérilisé par un autoclave, des erreurs d'asepsie sont possibles tout au long du geste, d'autant que l'utilisation

de gants stériles et/ou le port d'un masque ne sont pas généralisés [2]. Par la suite, une série de conseils et de soins est préconisée au client : désinfection locale au savon et avec un désinfectant, élimination des sécrétions locales par mobilisation du bijou. Il existe en France un syndicat des perceurs (SPPF) [21].

Le décret no 2008-149 du 19 février 2008 a insère dans le Code de la sante publique des dispositions qui réglementent la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent et de perçage corporel (articles R.1311-1 a R.1311-13 et R.1312-9 a R.1312-13 du Code de la sante publique). Ce décret comporte des dispositions sur le tatouage et le perçage corporel sans pistolet, des dispositions spécifiques pour le perçage du pavillon de l'oreille et de l'aile du nez lorsqu'il est réalise par la technique du pistolet perce-oreille et des dispositions communes a l'ensemble des techniques. L'article R.1311-2 du Code de la sante publique prévoit que les professionnels déclarent leur activité au représentant de l'Etat dans le département d'exercice. L'arrêté pour l'application de l'article R. 1311- 3 du Code de la sante publique et relatif a la formation des personnes mettant en œuvre les techniques de tatouage par effraction cutanée et de perçage corporel (l'arrêté) a été pris le 12 décembre 2008, tandis que celui relatif aux bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité pour la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent et de perçage corporel a été pris le 11 mars 2009. Ainsi, le perçage doit être réalise dans des locaux aérés, comprenant une salle technique, un local dédié au nettoyage et a la stérilisation du matériel et un local dédié a l'entreposage des déchets et du linge sale. Les conditions de nettoyage et d'entretien de tous ces locaux sont définis par l'arrête. Le professionnel doit respecter la procédure d'hygiène des mains, préparer la zone a percer selon un protocole spécifique, utiliser un matériel garantissant la sécurité du client en limitant les risques infectieux et réaliser un perçage en respectant des règles d'hygiène spécifiques. Le protocole de stérilisation du matériel réutilisable est la aussi précise dans l'arrêté [22].

Les piercings génitaux cicatrisent entre quelques semaines et quelques mois selon le site percé [11,12]. Hormis le saignement péri-opératoire, une fois cicatrisé, le PG ne saigne plus. Une absence de soins locaux durant la phase de cicatrisation peut favoriser une infection. De plus, du fait de la topographie particulièrement à risque de traumatisme, tout traumatisme secondaire peut s'accompagner d'une surinfection [11]. L'érection du pénis est également un facteur aggravant. Ainsi des soins locaux quotidien doivent être maintenu pour ces *piercings* particuliers. Les relations sexuelles sont déconseillées durant au moins les deux premières semaines de cicatrisation. Certains auteurs recommandent le port de deux préservatifs initialement durant les rapports pour permettre a la muqueuse génitale de s'habituer à la présence du piercing et limiter le risque de rupture du préserv-

vatif [11]. De plus des précautions sont conseillées pour les rapports oro-génitaux par certains sans plus de précision [11].

Pourquoi un piercing génital ?

Les études, qui se sont intéressés aux tenants et aboutissants psychologiques, sociaux et culturels des *piercings* intimes et génitaux, sont rares dans la littérature [10,15,20]. Dans l'étude de Caliendo *et al* [15], les PG étaient perçus comme une aide à l'expression personnelle sexuelle (79%), à l'amélioration de son plaisir personnel sexuel (77%) et à la sensation d'être unique (71%). En revanche, le statut, le prestige, l'amélioration d'un statut social ou une commémoration « festive » n'étaient pas des motifs retenus par les personnes percées [15]. Le PG est associé à des motivations personnelles plus qu'à une influence extérieure [15]. Un tiers des personnes percées de cette étude avait quelqu'un dans leur entourage familial avec un *piercing* corporel (pas forcément intime). Cependant, les célébrités, les amis et les membres de famille n'apparaissent pas comme des facteurs d'influence pour obtenir un piercing intime (génital ou téton). Plus de 60% des percés considéraient que ces *piercings* ne les avaient pas changé sur le plan personnel. Seul 14% se disait être allé « trop loin » ou être devenu dépendant des *piercings*. Vingt et un pour cent craignaient que ces *piercings* ne puissent les empêcher d'avoir une évolution sociale. Enfin, 87% rapportaient que leur partenaire sexuel avait une opinion positive de leurs *piercings*. Mais, 10% rapportaient qu'un partenaire avait refusé des rapports depuis qu'ils/elles avaient leur *piercing*. Les infections et une perception négative du conjoint sont les principales limites pour avoir un PG supplémentaire [15].

Les motivations ont toutefois été étudiées plus souvent chez les femmes: raison esthétique avec une sensation d'être plus attirante, plus féminine, affirmation d'être unique, d'indépendance, de différence et distinction des autres, expression personnelle, expression sexuelle, recherche du plaisir sexuel et augmentation des chances d'avoir un orgasme, notamment chez des femmes n'en ayant pas... Enfin, le PG prendrait un rôle également « thérapeutique » et principalement chez les femmes [10]. En effet, le *piercing* serait utilisé comme un objet commémoratif, d'un souvenir positif (naissance, anniversaire) ou, au contraire, pour marquer et passer au-delà d'un évènement traumatique (divorce, viol, abus sexuel). En ce sens, par cet acte, les sujets tenteraient de « reprendre le contrôle » de cette partie du corps qui est d'une certaine façon leur a été pris [10,15]. Dans ce même ordre d'idée de « contrôle », le PG peut prendre un rôle de protection contre une intrusion avec un contrôle direct des fonctions sexuelles (à l'image du piercing du prépuce, **Tableau 1.**) Cette aspect a été retrouvé dans l'étude récente de Young *et al* [20]: un grand nombre de femmes reconnaissait des abus physiques (18%), psychiques (27%), sexuels (14%), et la notion d'activité sexuelle forcée était retrouvée

chez 35% des femmes. De plus, 47% se disait se « sentir déprimée ». Les limites méthodologiques de ces études, basées sur des auto-questionnaires, remplis sur la base du volontariat, avec recrutement via des journaux ou via de sites spécialisés sur internet et des questions parfois générales sans consultation médicale, incitent à la prudence. Ces résultats ne peuvent nullement être extrapolés et appliqués systématiquement à chaque femme percée. Des études ultérieures sont nécessaires [20].

Piercing génital et sexualité

L'affirmation de la sexualité à travers la recherche de plaisir et d'orgasme de l'individu percé (et de son/sa partenaire) sont classiquement associés avec les piercings génitaux [10,16,20,23]. La stimulation sexuelle est subjective et peut survenir par diverses stimulations physiques ou psychiques. Les *piercings* du capuchon clitoridien sont placés pour stimuler le clitoris. Certaines femmes auraient obtenu des orgasmes après pose d'un PG [9]. Néanmoins, les femmes percées semblent répondre différemment au piercing clitoridien. Certaines expérimentent une hypersensibilité tandis que d'autres ne ressentent aucune différence [15,16]. De l'avis des perceurs, la sensibilité est accrue durant la phase de cicatrisation puis retourne à la normale par la suite. Il y a rarement une diminution de la sensibilité [20]. Millner *et al*, dans une étude portant sur 33 patientes avec un piercing du capuchon clitoridien, a noté une augmentation du désir, de la fréquence des rapports et de la stimulation sexuelle... mais pas de variation portant sur les orgasmes [16]. Comme il a été mentionné plus haut, l'étude de Caliendo *et al* pointait sur une plus forte orientation homo- ou bisexuelle des porteurs de piercings intimes en comparaison à la population nationale [15]. De plus, il semblerait que l'âge des premiers rapports soit plus précoce (15,7 contre 16,5 ans) dans ce groupe. La question du piercing intime comme marque d'une sexualité non conventionnelle est une question en suspens. Si Skegg *et al* ont observé que les femmes percées avaient une activité sexuelle hétéro- ou homosexuelle plus importante que les femmes non percées [17], il n'existe à ce jour pas d'étude analysant spécifiquement le type de sexualité des individus avec des PG. De même, il n'existe pas d'argument direct que les *piercings* intimes constituent un facteur de sexualité à risque [15]. Des études seraient également nécessaires pour déterminer si un abus sexuel notamment dans l'enfance pourrait être relié dans certains cas à la pose d'un PG plus tard dans une tentative de « réappropriation d'une partie de son corps ». Il n'existe actuellement pas d'étude étayant cette hypothèse [13]. Les problèmes sexuels restent en revanche rares avec les piercings génitaux (< 1% des cas) [20], mais la présence d'un PG peut être un motif de refus de rapport par un partenaire [15,20].

Complications des piercings génitaux

Les complications des *piercings* corporels comprennent les complications infectieuses et non infectieuses. Ces dernières sont elles-mêmes classées en celles propre à tous les piercings et celles dépendantes du site anatomique [5].

Les complications sur piercing génitaux concerneraient 52% des individus avec un PG [15]. Ces chiffres restent toutefois purement indicatifs car provenant d'auto-questionnaire, sans information sur la qualité des soins après la pose du piercing [15]. Les individus percés préfèrent discuter du traitement avec leur perceur directement (54% des cas). Les autres sources d'informations sont Internet, les amis et des mesures de « bon sens » (nettoyage soigneux régulier, port de sous vêtements amples). Les infirmières et les médecins ne sont cités comme source d'information que dans 3% des cas ! Ce faible de taux de consultation peut s'expliquer de différentes façons : peur (du ridicule) de consulter pour ce type de motif ; manque de confiance ; véritable défiance vis-à-vis du corps médical qui ne connaît pas les *piercings* et de la potentielle attitude de jugement du médecin [15,20].

Complications indépendantes du site anatomique

Les complications suivantes peuvent être aiguës ou retardées, quel que soit le site anatomique. Les complications aiguës comprennent la douleur inhérente au geste et variable selon les individus et la zone anatomique avec risque de malaise vagal, les saignements, les hématomes, les délabrements cutané-muqueux et déchirures tissulaires et les réactions allergiques de contact ou irritative, par exemple lors des soins locaux avec un désinfectant ou au nickel du bijou. Des chéloïdes/cicatrices hypertrophiques et des réactions granulomateuses peuvent être observées. De plus, le *piercing* est radio-opaque et peut entraîner des artefacts radiologiques pouvant gêner l'interprétation [5].

Complications infectieuses (hors IST)

Comme tout *piercing*, l'effraction de la barrière cutanée et muqueuse expose à un risque infectieux. Les infections aiguës constituent probablement la première complication non spécifique liée au *piercing*. Leur fréquence est estimée entre 10 à 25 % [2]. L'infection peut survenir lors du geste (inoculation primaire) ou lors d'une contamination secondaire par erreur (ou absence) lors des soins locaux ou par manipulation intempestive par la suite (changement de bijou par exemple) [5,24]. Elles sont le plus souvent liés au staphylocoque doré [5]. La survenue d'un érythème, d'un œdème, d'une douleur ou d'une augmentation de la chaleur locale doit alerter sur la possibilité d'une surinfection locale. Le taux d'infection des PG rapporté par les individus est faible (6%, 5/84) [15]. Les infections cutanées après *piercing* génital sont de l'ordre de 3% des cas [15,20]. Les infections urinaires sont également rare, et ce, aussi bien chez l'homme que chez la femme (1% des cas) [15,20]. Quelques cas

d'infection sévère ont cependant été rapportées : gangrène périnéale de Fournier après piercing génital [25], prostatite et infection du testicule après *piercing* du scrotum [26].

Piercings génitaux féminins

D'après Young *et al* [20], 36% des femmes avec un PG rapportaient une complication : hypersensibilité locale dans 23% des cas, qui malgré tout n'était pas gênante, irritation locale (8% des cas) et des chéloïdes (4% des cas). Chez la femme, les PG peuvent perturber la contraception mécanique (préservatif, diaphragme). Il n'y a en revanche pas de problème particulier durant les règles ou la grossesse (rejet, infection, cicatrisation) [27]. Le risque d'infection est plus fréquente avec le piercing de type « Christina » du fait de son trajet. Le risque d'infection urinaire serait également plus fréquent avec un « princesse Albertina » du fait de la courte taille de l'urètre féminin [13]. Il existe également un risque de douleur lors des rapports sexuels avec un piercing de type « fourchette » par passage du piercing dans le vagin durant les rapports [13]. De plus, ce type de piercing est à éviter en cas de cicatrice d'épisiotomie avec tissu cicatriciel. La présence d'un PG n'empêche en rien un examen gynécologique et son retrait n'est pas nécessaire. Lors d'un cathétérisme urinaire en revanche, le retrait sera nécessaire en cas de *princesse Albertina*. De même en cas d'IRM, le retrait sera nécessaire. Durant une électrocoagulation, il convient d'éviter de toucher le *piercing*. En cas de grossesse, le retrait du piercing génital est discuté. Ainsi, 45% des femmes ont eu une grossesse après piercing et un quart avait gardé leur PG [20]. En cas d'accouchement par voie basse, certains piercings pourraient gêner l'accouchement. En cas de césarienne, le maintien du *piercing* génital est possible [13].

Piercings génitaux masculins

Chez l'homme, beaucoup plus de complications ont été rapportées et varient également selon le type de PG [11,12,28]. La principale complication reste la gêne lors de la miction en raison du *Prince Albert*. Les modifications du débit urinaire concernent 38% des sujets [15]. Par la suite, viennent la sensibilité cutanée (31%), les problèmes liés au préservatif (18%) et l'irritation cutanée (18%), les déchirures tissulaires et les chéloïdes/cicatrices hypertrophiques [15]. Quelques complications plus graves ont été rapportés comme le paraphimosis [29,30], le priapisme [31], les déformations et autres fistules du méat urétral [12,32,33]. Des traumatismes vasculaires ou neurologiques sont également possibles. Récemment, deux cas de cancer épidermoïde du pénis, possiblement d'origine urétrale, ont été rapportés sur le site de PG [34]. Le *piercing* pourrait avoir contribué à une inflammation chronique via les traumatismes répétés sur le pénis et l'urètre. Néanmoins, l'histoire clinique de ces cas est assez floue et les deux patients infectés par le VIH sont peut être porteur de virus HPV, bien qu'aucun antécédent de condylome n'ait été retrouvé, d'autant qu'ils avaient une sexualité à risque. A ce jour, en cas de *piercing* génital, et surtout en cas

d'infection par le VIH ou d'autres causes d'immunodépression, il convient de consulter en cas de lésion apparaissant près ou au site du *piercing* génital [34]. Notons de façon plus anecdotique, les complications possibles par procuration chez le ou la partenaire avec risque de traumatismes vaginaux et saignement post-coïtaux [35,36], possibilité de perdre le *piercing* lors du rapport sexuel [37], et enfin d'avalier le *piercing* [12] ou de traumatisme dentaire en cas de rapports oro-génitaux [12].

Piercings génitaux et IST : y- a- t il un risque particulier ?

La question du lien entre PG et IST peut être abordé de deux façons différentes :

i) est – ce que le fait d'avoir un ou des *piercing(s)* génital(aux), est un facteur de risque de comportement sexuel à risque ?

D'une façon générale, les personnes porteuses de *piercings* se voient comme des personnes prenant des risques et les *piercings* corporelles seraient associés à certains facteurs de risque [38]. Cette notion de prise de risque concerne aussi une partie des personnes avec un PG [20]. Si le *piercing* génital a été traditionnellement associé avec homosexualité masculine exclusive [10], de nos jours, hommes et femmes se font poser des PG et 70% d'entre eux sont hétérosexuels [15,20]. Les femmes avec un *piercing* corporel auraient plus de partenaires selon Skegg *et al* [17]. Willmott n'a pas trouvé de lien entre *piercing* corporel chez les femmes et mode de contraception, nombre de partenaire et la présence d'infection génital [18]. Mais, ces deux dernières études ne se concentraient pas sur les PG. Dans l'étude Young *et al* [20], 68% des femmes avec un PG avaient un seul partenaire sexuel dans les 6 derniers mois et 23% avaient eu deux ou plus de partenaires [20].

ii) est – ce qu'un PG en soit peut jouer en rôle dans la transmission d'IST en raison de la brèche muqueuse chronique ? Ce lien reste discuté avec peu de publications. Il existe des données assez limitées et contradictoires sur ce sujet. Certains auteurs ont observé un facteur de « protection » contre les chlamydias uniquement chez les hommes percés ayant des rapports avec une partenaire infectée. En revanche, les femmes percées n'étaient pas « protégées » d'une telle transmission. Cette série – limitée de 12 patients - nécessite naturellement une confirmation par des études à plus large échelle [30]. De rares cas de condylomes ont été rapportés [40,41]. Enfin, trois cas de transmission orale du VIH chez des homosexuels australiens semblent liés uniquement à une fellation insertive par un homme porteur d'un *piercing* génital [42]. Dans l'étude de Caliendo *et al* [15], 5 personnes (3%) ont rapporté d'eux-mêmes avoir acquis une IST après avoir eu un *piercing* intime (*piercing* des tétons, *piercings* des tétons et génitaux) : chlamydia, gonocoque et herpes. Cependant, aucune des personnes avec uniquement un ou des PG n'a rapporté d'IST. Aucun cas d'infection par le VIH, l'hépatite B ou C n'était rapporté [15,20].

Retrait du piercing

Le retrait du *piercing* s'accompagne rapidement d'une cicatrisation et d'une occlusion de l'orifice. On considère habituellement que plus le *piercing* est ancien, plus l'orifice restera longtemps ouvert [deBoerS]. Néanmoins, ce délai reste imprévisible et l'orifice peut se fermer dans les heures qui suivent sur les muqueuses. Certains patients sont ainsi extrêmement craintifs à cette idée et peuvent parfois ne pas souhaiter retirer le *piercing*, alors que la situation médicale peut l'exiger. La première question reste donc de savoir si le retrait du *piercing* est réellement nécessaire, car examen clinique et toutes les procédures gynécologiques ou urologiques ne nécessitent pas un retrait du piercing. Le retrait doit donc être discuté au cas par cas. S'il est nécessaire, un cathéon de cathéter intraveineux de 20 ou 22 gauge peut être placé au niveau de l'orifice le temps nécessaire de la durée de l'intervention [43]. Il convient que ce soit le patient lui-même qui retire le piercing, mais dans un contexte d'urgence, le praticien doit être capable de retirer un piercing sans entraîner de dommage tissulaire [5,44,45]. Schématiquement, il faut utiliser deux pinces pour pouvoir ; soit dévisser la boule dans le sens antihoraire qui est vissée à une tige, soit écarter les berges de l'anneau pour libérer la boule [DeBoerS].

Conclusion

Les *piercings* génitaux restent encore actuellement rares, mais le personnel soignant peut y être confronté dans diverses situations, en cas de complications associées précisément aux *piercings* ou lors de gestes urologiques ou gynécologiques. Les personnes qui décident d'avoir ces piercings sont actuellement loin des stéréotypes habituels. Une approche sans jugement par le personnel soignant est indispensable pour permettre une meilleure adhésion aux soins [20].

Tableau 1. Différents types de piercings génitaux masculins et féminins [10,12]



<i>Piercings masculins</i>	Cicatrisation	
<i>Pubien</i>	4-8 mois	Piercing placé au-dessus de la base du pénis Fonction : décorative et sexuelle
<i>Amapallang (pallang, palang)</i>	3-6 mois	<i>Piercing</i> horizontal au travers du pénis, placé habituellement sur la face dorsale et superficiellement ; peut passer à travers l'urètre ; risque hémorragique (corps caverneux) et douloureux Origine : Bornéo Fonction : Rite initiatique, fonction sexuelle
<i>Apadravya (ou apadavya, apadavya)</i>	2-5 mois	<i>Piercing</i> vertical avec trajet dorso-ventral ; traverse l'urètre. Variant : peut être placé de façon plus proximal à travers le fourreau du pénis (Apadravya profond) Origine : Inde, décrit dans le Kama-Sutra
<i>Dydoe</i>	6-8 semaines	<i>Piercing</i> unique ou multiple passant à travers la couronne du gland ; porté par les hommes circoncis Fonction : stimulation sexuelle du percé
<i>Peau du prépuce (Oetang)</i>	6-10 semaines	Perçage des deux bords du prépuce entourant le gland Aurait été utilisé comme « ceinture de chasteté » en cas de
<i>Frenum (Frein)/peau ventrale du pénis</i>	6-8 semaines	Peu douloureux, plus facile à réaliser Non recommandé chez les sujets circoncis (problème de cicatrisation) Le nombre de bijoux est variable (piercing en « échelle » : succession de multiples piercings en parallèle) Variant : peut être placé sur la face dorsale du pénis (« échelle de Jacob »)
<i>Prince Albert</i>	2-4 semaines	Anneau passant à travers le méat urétral et ressortant par la partie ventrale du pénis, au frein

		<p>Variant : « Prince Albert inverse » va vers l'extrémité du gland (cicatrisation plus lente : 2-5 mois)</p> <p>Fonction : stimulation urétrale durant les rapports</p>
<i>Hafada (ou Hafad)</i>	2-3 mois	<p><i>Piercing</i> du scrotum (tige ou anneau), haut situé latéralement ; peu douloureux ; possibilité de multiple piercings « en échelle » le long du raphé médian</p> <p>Fonction : décorative plus que sexuelle</p>
<i>Guiche</i>	6-8 semaines	<p>Piercing du périnée sur la ligne médiane ou latéralement ; possibilité d'un passage transanal avec un anneau</p> <p>Douleur à la station assise durant la cicatrisation</p>
<i>Piercings féminins</i>		
<p><i>Grande lèvre</i></p> <p><i>Petite lèvre</i></p>	<p>2-4 mois</p> <p>2-6 semaines</p>	<p>Piercing unique ou multiple ; possibilité d'une ceinture de chasteté en utilisant un anneau reliant chaque lèvre opposée</p> <p>Fonction : stimulation sexuelle de la percée ou du partenaire selon la position du bijou</p>
<i>Capuchon clitoridien</i>	2-6 semaines	<p>Perçage du prépuce (plus fréquent) ou du corps du clitoris (moins fréquent)</p>
<i>Triangle</i>	2-6 semaines	<p>Piercing profond du clitoris, forme particulière de piercing du clitoris réalisable uniquement chez des femmes anatomiquement « prédisposées »</p> <p>Fonction : stimulation intense clitoridienne lors des rapports</p>
<i>Christina</i>		<p><i>Piercing</i> vertical à travers le clitoris avec une émergence au dessus du pubis ; peu populaire en raison du délai de cicatrisation et du risque de déchirure</p> <p>Fonction : esthétique</p>
<i>Princesse Albertina</i>		<p>Piercing urétral avec sortie entre l'urètre et le vagin, équivalent du Prince Albert masculin</p> <p>Risque d'infection urinaire plus fréquente</p>
<i>Fourchette</i>		<p>Piercing périnéal équivalent au <i>guiche</i> masculin</p>

		Fonction : stimulation sexuelle du partenaire masculin
--	--	--



References

1. Thorne R. Body piercing. Editions Apple press, Londres, 2010.
2. Guiard-Schmid JB, Picard H, Slama L, Maslo C, Amiel C, Pialoux G, et al. Le piercing et ses complications infectieuses. *Presse Med* 2000;29:1948—56.
3. Armstrong ML, Koch JR, Saunders JC, Roberts AE, Owen DC. The hole picture: risks, decision making, purpose, regulations, and the future of body piercing. *Clin Dermatol* 2007;25: 398—406.
4. Waugh M. Body piercing: where and how. *Clin Dermatol* 2007;25:407—11
5. Kluger N, Guillot B. Complications des piercings. *Ann Dermatol Venerol* 2010, 137: 153—158
6. Panconesi E. Body piercing: psychosocial and dermatologic aspects. *Clin Dermatol* 2007;25:412—6.
7. Laumann AE, Derrick AJ. Tattoos and body piercings in the United States: a national data set. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:413—21.
8. Fiumara NJ, Eisen R. The titivating penile ring. *Sex Transm Dis.* 1983 Jan-Mar;10(1):43-4.
9. Ferguson H. Body piercing. *BMJ.* 1999 Dec 18-25;319(7225):1627-9.
10. Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet.* 2003 Apr 5;361(9364):1205-15.
11. Armstrong ML, Caliendo C, Roberts AE. Genital piercings: what is known and what people with genital piercings tell us. *Urol Nurs.* 2006 Jun;26(3):173-9
12. Anderson WR, Summerton DJ, Sharma DM, Holmes SA. The urologist's guide to genital piercing. *BJU Int.* 2003 Feb;91(3):245-51.
13. Young C, Armstrong ML. What nurses need to know when caring for women with genital piercings. *Nurs Womens Health.* 2008 Apr;12(2):128-37.
14. <http://piercingbible.com/female-genital-piercings>, accédé le 14 mars 2011
15. Caliendo C, Armstrong ML, Roberts AE. Self-reported characteristics of women and men with intimate body piercings. *J Adv Nurs.* 2005 Mar;49(5):474-84.
16. Millner VS, Eichold BH 2nd, Sharpe TH, Lynn SC Jr. First glimpse of the functional benefits of clitoral hood piercings. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Sep;193(3 Pt 1):675-6.

17. Skegg K, Nada-Raja S, Paul C, Skegg DC. Body piercing, personality, and sexual behavior. *Arch Sex Behav.* 2007 Feb;36(1):47-54.
18. Willmott FE. Body piercing: lifestyle indicator or fashion accessory? *Int J STD AIDS.* 2001 Jun;12(6):358-60.
19. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/index.html>, accédé le 14 mars 2011
20. Young C, Armstrong ML, Roberts AE, Mello I, Angel E. A triad of evidence for care of women with genital piercings. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010 Feb;22(2):70-80.
21. http://www.sppf.eu/web_acappella2/, accédé le 14 mars 2011
22. <http://www.sante-jeunessesports.gouv.fr/dossiers/sante/tatouage/tatouage-pareffraction-cutanee-percage.html>, accédé le 14 mars 2011
23. Miller L, Edenholm M. Genital piercing to enhance sexual satisfaction. *Obstet Gynecol.* 1999 May;93(5 Pt 2):837.
24. Tweeten SS, Rickman LS. Infectious complications of body piercing. *Clin Infect Dis.* 1998 Mar;26(3):735-40.
25. Ekelius L, Björkman H, Kalin M, Fohlman J. Fournier's gangrene after genital piercing. *Scand J Infect Dis.* 2004;36(8):610-2.
26. Kaatz M. A trend and its complications. piercing. *Kosmetische Medizin* 2001;4:188-93
27. Armstrong ML, Caliendo C, Roberts AE. Pregnancy, lactation and nipple piercings. *AWHONN Lifelines.* 2006 Jun-Jul;10(3):212-7.
28. Meltzer DI. Complications of body piercing. *Am Fam Physician.* 2005 Nov 15;72(10):2029-34.
29. Jones SA, Flynn RJ. An unusual (and somewhat piercing) cause of paraphimosis. *Br J Urol.* 1996 Nov;78(5):803-4.
30. Hansen RB, Olsen LH, Langkilde NC. Piercing of the glans penis. *Scand J Urol Nephrol.* 1998 May;32(3):219-20.
31. Slawik S, Pearce I, Pantelides M. Body piercing: an unusual cause of priapism. *BJU Int.* 1999 Aug;84(3):377.
32. Hall IS, Summerton DJ. 'Prince Albert's' revenge: a cautionary tale. *Br J Urol.* 1997 Dec;80(6):959.
33. MacLeod TM, Adeniran S. An unusual complication of penile piercing: a report and literature review. *Br J Plast Surg.* 2004 Jul;57(5):462-4.
34. Edlin RS, Aaronson DS, Wu AK, Blaschko SD, Yang G, Erickson BA, McAninch JW. Squamous cell carcinoma at the site of a Prince Albert's piercing. *J Sex Med.* 2010 Jun;7(6):2280-3.

35. Esen UI, Orife S. Penile jewellery: a cause of post-coital bleeding. *J Obstet Gynaecol.* 2006 Jul;26(5):483-4.
36. Jones R, Kingston A, Boag F. Post-coital bleeding due to penile piercing. *Int J STD AIDS.* 2007 Jun;18(6):427-8.
37. Das G, Rawal N, Bolton LM. The case of the missing "Prince Albert". *Obstet Gynecol.* 2005 May;105(5 Pt 2):1273-5.
38. Bui E, Rodgers R, Cailhol L, Birmes P, Chabrol H, Schmitt L. Body piercing and psychopathology: a review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2010;79(2):125-9.
39. Gokhale R, Hernon M, Ghosh A. Genital piercing and sexually transmitted infections. *Sex Transm Infect.* 2001 Oct;77(5):393-4.
40. Altman JS, Manglani KS. Recurrent condyloma acuminatum due to piercing of the penis. *Cutis.* 1997 Nov;60(5):237-8. PubMed PMID: 9403241.
41. Hounsfield V, Davies SC. Genital piercing in association with gonorrhoea, chlamydia and warts. *Int J STD AIDS.* 2008 Jul;19(7):499-500.
42. Richters J, Grulich A, Ellard J, Hendry O, Kippax S. HIV transmission among gay men through oral sex and other uncommon routes: case series of HIV seroconverters, Sydney. *AIDS.* 2003 Oct 17;17(15):2269-71
43. deBoer S. Breasts, Bellies, Below, & Beyond: Body Piercing Jewelry & the Transfer Technique
Khanna R, Kumar SS, Raju BS, Kumar AV. Body piercing in the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1999;16:418—21.
44. DeBoer S, McNeil M, Amundson T. Body piercing and airway management: photo guide to tongue jewelry removal techniques. *AANA J* 2008;76:19—23.