

ARTICLE ORIGINAL

FRACTURE DE VERGE : RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DE LA REGION DE THIES

PENILE FRACTURE: RESULTS OF TREATMENT AT THE THIES REGION

YORO DIALLO*, SÉKOU AMADOU SOUMAH*, SAINT CHARLES N. KOUKA*, PAPA ABDOULAYE BA**, ALEX NGOM**, AMY DIAMÉ**, CHEIKNA SYLLA*.

* Département d'Urologie – UFR des Sciences de la Santé – Université de Thiès

** Service de Chirurgie Hôpital Régional de Thiès

AUTEUR CORRESPONDANT

*Docteur Yoro DIALLO - Maître-Assistant - UFR Sciences de la santé
Université de Thiès*

BP : 967 Thiès - Email : yorodiallo@hotmail.com

Résumé

Introduction : Le but de ce travail est d'évaluer les aspects cliniques et thérapeutiques de la fracture de verge au niveau de la région de Thiès. Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur 13 patients colligés entre janvier 2005 et décembre 2012 à l'Hôpital Saint Jean de Dieu et à l'Hôpital Régional de Thiès. Cette étude a concerné tous les patients ayant présenté une fracture de verge récente ou négligée reçus au niveau de ces 2 structures.

Résultats : Sur une période de 8 ans, nous avons reçu 13 cas de fractures de verge. Parmi eux, un patient a présenté une fracture de la verge négligée de 7 jours. L'âge moyen de nos patients était de 32 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 48 ans. Concernant le mécanisme de survenue, le « faux pas » coïtal a été retrouvé chez 8 patients. Le délai moyen de consultation était de 2 jours. La triade douleur aiguë, détumescence rapide et tuméfaction de la verge a été observée chez tous nos patients. Deux patients ont présenté une urétrorragie. Un patient avait bénéficié d'une échographie doppler qui avait permis d'objectiver un hématome et une rupture de l'albuginée siégeant au tiers proximal de la verge. Un seul patient a présenté une fracture négligée de la verge évoluant depuis 7 jours. Chez tous nos patients l'abord chirurgical a été coronal. Deux patients présentaient une lésion associée du corps spongieux et de l'urètre. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 heures. Les suites post opératoires ont été simples. Les patients ont été suivis sur une période de 2 ans. **Conclusion** : La fracture de verge est une urgence urologie nécessitant une prise en charge chirurgicale précoce et adéquate.

Summary

Introduction: The aim of this study was to evaluate the clinical and therapeutic aspects of penile fracture at the Thies region. Patients and Methods: This is a retrospective study of 13 patients treated between January 2005 and December 2012 at the St. Jean de Dieu Hospital and Regional Thies Hospital. This study included all patients with a recent or neglected fracture at these two structures. **Results**: during the period, we have received 13 cases of penis fracture. Among them, one patient had a neglected fracture of the penis of 7 days. The average age of our patients was 32 years, ranging from 18 years to 48 years. Regarding the occurrence mechanism, the "faux pas" coital was found in 8 patients. The average time of consultation was 2 days. The triad acute pain, rapid detumescence and swelling of the penis was observed in all patients. Two patients had urethral bleeding. One patient had received a Doppler ultrasound that allowed to objectify hematoma and rupture of the tunica sitting in the proximal third of the penis. One patient had a neglected fracture of the penis lasting for 7 days. In all our patients the surgical approach was coronal. Two patients had a lesion associated corpus spongiosum and urethra. The average hospital stay was 13 hours. The postoperative period was simple. Patients were followed for a period of 2 years. **Conclusion**: the penile fracture is a urological emergency requiring taking early and appropriate surgical management.

Keywords: penile, fracture, clinical, surgery.

INTRODUCTION

La fracture de verge est une urgence urologique qui nécessite une prise en charge précoce et adéquate. Il s'agit d'un accident survenant sur une verge en érection provoquant une déchirure de l'albuginée du corps caverneux avec extravasation de sang sous les enveloppes de la verge. Le diagnostic est essentiellement clinique survenant dans un contexte évocateur de « faux pas » coïtal ou de manipulations de celle-ci. La fracture de verge peut se compliquer d'une dysfonction érectile secondaire ou d'une coudure post traumatique par fibrose rétractile des corps caverneux. Le but de ce travail est d'étudier les aspects cliniques, les modalités thérapeutiques et d'évaluer les résultats de la prise en charge en comparaison avec les données de la littérature.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur 13 patients colligés sur une période de 8 ans (janvier 2005 à décembre 2012) à l'Hôpital Saint Jean de Dieu et à l'Hôpital Régional de Thiès. Cette étude a concerné tous les patients ayant présenté une rupture traumatique de l'albuginée du corps caverneux récente ou négligée reçus au niveau de ces 2 structures. Les paramètres étudiés ont été l'âge, le mécanisme de survenue, le délai de consultation, l'examen clinique, les données de l'exploration chirurgicale et le suivi du patient.

L'anesthésie était soit par bloc pénien soit générale. L'exploration chirurgicale avait consisté par un abord chirurgical coronal, circonférentiel au niveau du sillon balano-pénien, permettant un dégantage complet jusqu'à la racine de la verge. Après évacuation de l'hématome, la rupture était repérée et réparée avec du vicryl® 2/0. Un drain était laissé en place pendant 24 heures. Les lésions urétrales et spongieuses étaient suturées dans le même temps opératoire avec mise en place d'une sonde à demeure pendant une quinzaine de jours.

Concernant la dysfonction érectile, le questionnaire de IIFE 5 a été utilisé pour l'appréciation du degré de sévérité de celle-ci.

RESULTATS

Sur une période de 8 ans, nous avons reçu et traité 13 cas de fractures de verge sur les 997 cas d'urgence

urologique, soit une incidence de 1,3%. Parmi eux, un patient présentait une fracture de la verge négligée de 7 jours. L'âge moyen de nos patients était de 32 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 48 ans. Quatre de nos patients étaient mariés, 2 patients vivaient en concubinage et 7 autres étaient célibataires.

Concernant le mécanisme de survenue, le « faux pas » coïtal a été retrouvé chez 8 patients, 4 patients avouaient avoir tordu involontairement la verge lors d'une masturbation, un patient n'a pas voulu préciser exactement les circonstances de ruptures prétextant avoir provoqué la rupture lors du port de son pantalon qui était selon lui trop serré. Le délai moyen de consultation entre l'incident traumatique et la consultation était de 2 jours avec des extrêmes allant de 1 heure à 7 jours.

La triade douleur aiguë, tuméfaction et détumescence rapide de la verge a été observée chez tous nos patients (fig. 1). Seuls 53,84% (n=7) des patients ont perçu un craquement ou un bruit sourd pendant l'épisode traumatique. Deux patients ont présenté une urétrorragie. L'état général était conservé chez tous nos patients. Un patient avait bénéficié d'une échographie doppler qui avait permis d'objectiver un hématome et une rupture de l'albuginée siégeant au tiers proximal de la verge.

Un seul patient a présenté une fracture négligée de la verge évoluant depuis 7 jours. Sur le plan chirurgical, le délai moyen entre la réception du patient et l'intervention chirurgicale était 1 heure avec des extrêmes allant de 20 minutes à 1 heure 30 minutes. Dix patients ont bénéficié d'une anesthésie générale contre 2 patients qui ont eu un bloc pénien. Chez tous nos patients l'abord chirurgical a été coronal. Durant l'exploration chirurgicale, la rupture albuginéale siégeait au tiers proximal et tiers moyen respectivement chez 9 et 4 patients.

Chez tous nos patients la rupture était transverse et mesurait en moyenne 0,5 cm à 2,5 cm de longueur (fig. 2). Parmi eux, 2 patients présentaient une lésion associée du corps spongieux et de l'urètre. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 heures avec des extrêmes allant de 2 heures à 24 heures. Le traitement médical était à base d'antibiotique, anti-inflammatoire, antalgique et du valium ou androcur pour diminuer les érections durant la période post-opératoire.

Chez tous nos patients, les suites post opératoires ont été simples. Les patients ont été suivis sur une

période de 2 ans. Six patients ont été perdus de vue. Quatre patients (30%) ont été suivis pour une douleur résiduelle accentuée lors des rapports sexuels. Deux patients étaient suivis pour dysfonction érectile modérée. Aucun patient n'a présenté de sténose urétrale.

DISCUSSION

La fracture de verge est une urgence urologique rare [1, 2]. Nomura [3] l'avait estimé 1/175000 urgences urologiques hospitalisées. De ce fait, il existe seulement des séries limitées en nombre qui sont publiées actuellement [4]. En effet, Hawkins [5] avait retrouvé durant 4 ans, 16 patients, avec en moyenne 4 patients par an. De même que Sylla [6] avec 12 cas sur une période de 17 ans.

Dans notre série, 13 cas de fracture de verge ont été pris en charge sur une période de 8 ans, soit une moyenne de 1,6 cas par an.

L'âge moyen de survenue est jeune entre 20 et 35 ans. Saidi [1] avait retrouvé une moyenne d'âge de 24 ans de même que Hawkins [5] qui avait une moyenne d'âge de 33 ans ceci conforte nos résultats. Cette survenue précoce, pourrait être expliquée par la fréquence de masturbation et des rapports sexuels parfois violents observés dans cette tranche d'âge.

La fracture de verge se rencontre dans des situations particulières et les caractéristiques cliniques (craquement, détumescence et déformation) sont « spectaculaires » ce qui effraie les patients expliquant ainsi le délai court de consultation. Contrairement, aux études de Sylla [6] qui stipulait que la méconnaissance de l'affection et la pudeur les empêchaient de consulter tôt.

La symptomatologie clinique est facile à identifier associant douleur pénienne intense, détumescence et tuméfaction rapide. L'hématome est d'importance variable sans corrélation par rapport au siège et à la taille de la rupture. Il est rarement de faible abondance voire absent [4]. Selon Sylla [6], la douleur pénienne associée à la déformation de la verge constitue les manifestations majeures. Par ailleurs, la rupture de l'urètre constitue la principale lésion associée. Son diagnostic est aisé devant l'urétrorragie. Paparel [7] avait estimé les lésions urétrales associées entre 10 à 20% des cas.

Dans notre série, seuls 2 patients ont présenté de lésions urétrales soit 15%.

Le diagnostic est surtout clinique, l'imagerie n'est

pas indispensable en urgence. Dans les cas elle ne doit pas retarder la prise en charge. Les explorations complémentaires sont essentiellement indiquées dans les formes frustes ou vues tardivement. Elles comportent la cavernographie, l'IRM pénienne ou à défaut l'échographie. Ces examens permettent de localiser la rupture ce qui faciliteraient l'exploration chirurgicale. L'UIV avec clichés mictionnels ou l'urétrocystographie sont indiquées en cas de suspicion de lésions urétrales associées ou dans le cadre de la surveillance d'une sténose urétrale [8]. Dans les formes typiques, aucun examen complémentaire n'est indispensable, le diagnostic est essentiellement clinique [2].

L'exploration chirurgicale immédiate est recommandée [8]. Pour Sylla [5], la précocité du traitement chirurgical reste le seul garant pour minimiser les complications. Cependant, la discussion se pose quant à la voie d'abord à la rupture. En effet, certains auteurs préconisent l'abord coronal au niveau du sillon balano-pénien avec dégantage complet. Taher [9] et Sylla l'ont appliqué chez tous leurs patients. Ce type d'abord permet de localiser aisément la rupture et d'évacuer facilement l'hématome.

Cependant, d'autres auteurs, comme Albany [7] défend l'abord électif en regard de la rupture ce qui éviterait l'infection, l'œdème et la nécrose cutanée qui pourrait être observé en cas d'abord coronal. Dans notre étude, tous nos patients ont bénéficié d'un abord coronal.

Le principe du traitement reste le même consistant à une évacuation de l'hématome et une suture de l'albuginée par un vicryl® 2/0 résorbable [10]. Par ailleurs, la présence d'une lésion urétrale nécessite une approche thérapeutique différente. Plusieurs méthodes ont été décrites dans la littérature. Pour la plupart des auteurs, une réparation dans le même temps opératoire sous sonde tutrice laissée en place pendant 2 à 4 semaines est la règle [7].

Les principales complications de la rupture traumatique de l'albuginée du corps caverneux sont la courbure de verge et la dysfonction érectile secondaire d'autant plus que leur incidence augmente avec le retard de prise en charge [11]. Molimard [8] avait retrouvé un taux de 10 à 53% d'érection douloureuse séquellaire.

Les érections douloureuses n'ont été notées que 30% de nos patients. D'autres complications sont rapportées dans la littérature à des degrés variables notamment le risque d'infection, d'abcédation de l'héma-

tome de rétrécissement de l'urètre ou de fistule artérioveineuse [12].

CONCLUSION

Le diagnostic de fracture de verge est essentielle-

ment clinique. La prise en charge doit être précoce pour éviter la survenue de complications graves. Il faut rechercher systématiquement une lésion urétrale associée. L'abord coronal reste la méthode la plus utilisée en urgence par aux autres méthodes notamment l'abord sélectif et le traitement conservateur.



Figure 1 : Hématome déformant de la verge



Figure 2 : Rupture au niveau du tiers moyen du corps caverneux droit

REFERENCE

1. Saidi S, Petrovski D, Dohcev et al. Penile fracture – Series of cases. *European urol.* 2009 ; 8 : 607–655.
 2. Kolfman L, Barros R, Ricardo AS, Cavalcanti AG. Penile Fracture : Diagnostic, treatment and outcomes of 150 patients. *Urol.* 2010 ; 76 (6) : 1488-1492.
 3. Nomura JT, Sierzenski PR. Ultrasound diagnosis of penile fracture. *The Journal of Emergency Medicine* 2010 ; 38 (3) : 362–365.
 4. Wisarda M, Aymonb D, Meuwlyc JY, Jichlinskib P, Prazb V. Fractures « fermées » de la verge : à propos de deux cas. *Prog Urol.* 2008 ; 18 : 617-619
 5. Hawkins D, Jones JS, Bush C. Penile fracture: Evaluation and management. *Annals of Emergency Medicine* 2009 ; 54 (3) : 28 – 31.
 6. Sylla C, Diallo AB, Fall PA, Guèye SM, Ndoye A, Thiam OB and all. Fracture de verge : à propos de 12 cas. *Androl.* 2000 ; 10 (4) :407-411.
 7. Paparel P, Ruffion A. Rupture des corps caverneux : aspects techniques de la prise en charge. *Ann. Urol.* 2006 ; 40 : 267–272.
 8. Molimard B, Durand X, Desfemmes FR, Deligne E, Berlizot P, Houlgatte A. Faux-pas du coït et rupture urétrale complète. *ProgUrol* 2009 ; 19, 226-230
 9. Taher AM, Aboul EA, Sayed MA and Gaafar A. Management of penile fracture. *The J.Urol.* 2005 ; 173 : 1635–1638.
 10. Muentener M, Suter S, Hauri D, Sulser T. Long term experience with surgical and conservative treatment of penile fracture. *American urology association* 2004 ; 172 :576-579.
 11. Niang L, Thiam I, Ndoye M, Ouattara A, Magloire Y, Jalloh M et al. La fracture de verge à Dakar. A propos de 25 cas. *Androl.* 2012 ; 22 :263-267.
 12. Jin W, Han-zhong L, Zhi-gang J, Hong-jun L. Immediate Surgical Intervention for Penile Fracture: a Case Report and Literature Review. *Chin Med Sci J.* 2011 (26) 2 :132-134.
-