

LA FRACTURE DE LA VERGE A PROPOS DE 2 CAS AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU LUXEMBOURG/MALI.

Fracture of the penis at teaching university hospital Luxemburg in Mali : two cases report.

Diarra A, Mahamat Ali MA, Kassogué A, Keita MM, Coulibaly M, Berthé HJG.

Contact : Dr. DIARRA Alkadri, Chirurgien Urologie CHU Mère et enfant Luxembourg/Mali. Tel : 00223 66 77 72 85 ; Email : dralkadri@yahoo.fr

RESUME

La fracture de la verge est une urgence andrologique rare. Nous rapportons 2 cas de fracture de la verge dont un par faux-pas de coït. Il s'agissait d'adultes jeunes âgés respectivement de 34 ans et 40 ans. La tuméfaction douloureuse avec déviation de la verge a été la symptomatologie dominante du tableau clinique des 2 patients. Une prise en charge chirurgicale a été réalisée avec des résultats fonctionnels favorables dans les 2 cas. Le pronostic fonctionnel à long terme de la fracture de la verge dépend de la célérité de sa prise en charge. **Mots clés :** fracture, verge, Mali

ABSTRACT

The fracture of the penis is a rare andrological emergency. We report 2 cases of fracture of the penis including one by false-no coitus. These were young adults aged 34 and 40 respectively. The painful swelling with deviation of the penis was the dominant symptomatology of the clinical picture of the 2 patients. Surgical management was performed with favorable functional results in both cases. The long-term functional prognosis of the fracture of the penis depends on the speed of its management.

Keywords: fracture, penis, Mali

INTRODUCTION

La fracture de la verge, est une lésion accidentelle survenant sur une verge en tumescence et occasionnant une déchirure de l'albuginée du corps caverneux avec extravasation du contenu sanguin. Elle est rare mais peut avoir des complications sexuelles et urinaires redoutables. Elle peut être associée à une rupture de l'urètre spongieux. Le diagnostic de la fracture de la verge est facile à établir en fonction des circonstances de survenue. Le bilan lésionnel n'est pas toujours facile, et la conduite thérapeutique est en générale chirurgicale sur fond d'incertitude du pronostic.

Nous rapportons 2 observations de fracture de la verge pris en charge en 2 ans d'exercice et pour lesquelles nous avons eu le consentement éclairé des victimes même pour la publication des images.

OBSERVATIONS

Cas numéro 1 : Il s'agissait de MC, âgé de 34 ans, gendarme, marié et père de 4 enfants, sans antécédent pathologique particulier, qui a été victime le dimanche 10 avril 2016 vers 15h dans une garnison militaire d'un faux pas de coït (avec une ancienne copine mariée et divorcée avec laquelle il a eu son 1^{er} enfant avant son mariage).

A l'examen clinique du patient admis vers 23h le jour du traumatisme, nous avons noté un sujet anxieux, une déviation latérale gauche de la verge avec une tuméfaction importante mais peu douloureuse de toute la verge surtout le corps caverneux droit (**image 1**).

Le patient n'a rapporté aucun trouble mictionnel en particulier pas d'hématurie ni urethrorragie.

Le diagnostic de fracture de la verge est retenu et aucune imagerie en particulier l'échographie n'a été réalisée. La prise en charge a consisté à une chirurgie de la verge. La voie d'abord a été l'incision coronale au niveau du sillon balano-préputial avec dégantage complet du pénis (**image 2**). Après évacuation de l'hématome, nous avons découvert une rupture de l'albuginée de près de 2 cm sans atteinte de l'urètre, au niveau du tiers moyen de la verge, correspondant au grade II des traumatismes de la verge selon la classification de l'ASAT (**image 3**). La suture de l'albuginée a été faite en suivant l'axe longitudinal de la rupture au vicryl 2-0. Le traitement médical était essentiellement constitué d'antibioprophylaxie à base d'Amoxicilline avec acide clavulanique 1g/jour pendant 3 jours. Les suites post-opératoires ont été simples avec préservation de la fonction érectile sur un recul de 3 ans (**image 4**).

Cas numéro 2 : Il s'agissait de MG, âgé de 40 ans, cadre, divorcé qui a été admis aux urgences pour un œdème douloureux de la verge 6h après le traumatisme le 17 aout 2017. L'accident serait survenu lors d'une fausse manœuvre de la verge en érection, suite à une masturbation. Mr MG n'a signalé aucun antédent médicale et chirurgical particulier et ne présentait pas de trouble urinaire associé en particulier pas d'hématurie ni urethrorragie. A l'examen clinique du patient, nous avons noté une déviation latérale gauche de la verge, une tuméfaction importante mais peu douloureuse de toute la verge surtout le corps caverneux droit.

Le diagnostic de fracture de la verge fut retenu sans l'apport d'examen complémentaires en particulier une échographie du pénis.

La prise en charge a consisté à une chirurgie de la verge en incision coronale comme dans le cas précédent. Le suivi et le résultat de la prise en charge ont été similaires à celles de la première observation.

DISCUSSION

L'incidence des fractures de verge est certainement sous estimée en raison des appréhensions socioculturelle et juridique [1, 2]. En général en Afrique et particulièrement au Mali, l'introduction des questions de sexe est encore taboue. Aussi cet accident survient souvent dans un contexte d'infidélité (notre cas 1) avec son impact juridique sur la vie conjugale. Aussi pour certains, l'accident pourrait même être lié à un règlement de compte spirituel. Vu sur cet angle, la solution prioritaire est la médecine traditionnelle, expliquant le retard d'admission dans les services de médecine moderne. Dans notre travail le délai était de 6 à 8h. Ce délai se rapproche des résultats de plusieurs auteurs [3, 4, 5]. La fracture de verge par faux-pas de coït serait l'apanage de l'adulte jeune selon plusieurs auteurs. Cet âge correspondrait à celui d'intense activité sexuelle et d'usage d'aphrodisiaques [4]. C'est aussi l'âge réputé pour les concurrences de performance sexuelle de même que le mimétisme des films érotiques. Il s'agit souvent de rapports sexuels acrobatiques. Certains auteurs [4] ont trouvé que la position coïtale adoptée était souvent «la femme au-dessus», limitant ainsi tout contrôle par l'homme. Le faux-pas de coït survient alors par contact violent du pénis avec le pubis ou le périnée féminin.

La symptomatologie clinique reste la même en cas de fracture simple de verge. Il s'agit comme dans nos deux cas de craquement, avec douleur vive, augmentation du volume de la verge, constitution d'un œdème et d'un hématome et déformation de la verge [6]. Le syndrome obstructif peut être présent en absence de lésion urétrale par le phénomène compressif exercé par l'importance de l'œdème et/ou de l'hématome. Cet aspect souligné par TOUITI et coll. [7], peut selon cet auteur être d'origine réflexe et lié à la douleur. Dans nos cas, aucune lésion urétrale n'a été observée. Dans cette situation et en urgence aucun bilan paraclinique n'est indispensable en dehors de celui en rapport avec du bilan préopératoire [1]. L'exploration chirurgicale en urgence est d'une importance capitale car elle permet un bilan lésionnel précis. Cette exploration est souvent gênée par l'importance de l'hématome. L'atteinte caverneuse est de siège variable [3, 6], même si elle siège dans la majorité des cas au 1/3 moyen de la verge comme dans nos cas.

Certains auteurs rapportent que le taux d'atteinte urétrale dans les ruptures de corps

caverneux est de l'ordre de 10 à 20% [7]. La disposition anatomique de l'urètre par rapport au corps spongieux fait que sa lésion est souvent accompagnée de celle de ce dernier. L'abord chirurgical est variable en fonction des lésions suspectées. Dans tous les cas elle vise à préserver la fonction érectile de l'organe. Nous avons pratiqué comme dans la littérature [1, 3, 8, 9] une incision coronale avec dégantage de la verge qui permet une meilleure exposition des lésions surtout en cas d'atteinte urétrale associée. Certains auteurs trouvent que cette voie est peu contributive en cas de lésion siégeant à l'angle pénoscrotal et préfèrent du coup une incision médiane ventrale sur la lésion [7]. Nous avons préféré cette voie car permet non seulement une exploration complète des 3 corps de la verge jusqu'au sillon péno-scrotal [3, 9] mais aussi la conservation de la liberté de glissement du fourreau de la verge [3]. Toutefois des complications sont possibles à type d'infection d'urohématome avec installation d'un phlegmon, angulation irréductible de la verge, troubles érectiles, sténose urétrale et fistules uréthro-caverneuses ou uréthro-cutanées [7]. L'évolution de nos patients a été favorable après un recul de 3 ans. Certains auteurs ont noté un résultat similaire même si le recul sans ces cas n'était que de 3 mois [3, 10].

CONCLUSION

La fracture de la verge est une urgence urologique. Bien que rare du fait certainement du contexte de sa survenue, la prise charge de cet accident doit être précoce pour permettre de préserver la fonction érectile de l'organe.

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

REFERENCES

1. SYLLA C, DIALLO AB, FALL PA, GUEYE SM, NDOYE A, THIAM OB, et coll. Fracture de verge : A propos de 12 cas, J Androl 2000 ; 10(4) : 407-11.
2. SOW Y, FALL P A, DIAO B, FALL B, NDOYE A K, DIAGNE B.A. Les traumatismes de la verge : A propos de 23 cas. J Androl 2008; 18 (3) : 210-5.
3. NATCHAGANDE G, AVAKOUDJO JDG, GANDAHO KI. Fracture de la verge à la clinique universitaire d'urologie de Cotonou Médecine d'Afrique Noire. 2013,(6009):368-72.
4. SIMONIN O, CARCENAC AH, DELAPPARENT T, KARSENTY G, SERMENT G. Traumatisme de la verge et des organes génitaux, J Androl 2006 ; 16 (3) : 187-96.
5. RAZA MK, MASUD AM, MUHAMMAD J, DELAWAR K, IFTIKHAR HS. Penile fracture: Experience at Ayub Teaching Hospital. J Ayub Med Coll Abbottabad 2008; 20 (4): 49-50.

6. LEANDRO K, ANDRÉ GC, CARLOS HM, DAIBES RF, LUCIANO AF. Penile fracture - experience in 56 cases. International Braz, J Urol 2003 ; 29 (1) : 35-9.

7. TOUITI D, AMEUR A, BEDDOUCH A, OUKHEIRA H. La rupture de l'urètre au cours des fractures de la verge. A Propos de 2 observations, Prog Urol 2000; 10: 465-8.

8. OULD TFEIL Y, OUD ELMOCTAR C., CAMO, OULD JDOUD C. Les urgences urologiques au centre hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. J Androl 2010 ;20:144-7.

9. KARA N, MOREL JOURNAL N, RUFFION A, TERRIERJ E., Quand et comment opérer les fractures de verges ? Progrès en Urologie – FMC 2015; 25:F73-F77)

10. MURTAZA B, AKMAL M, NIAZ WA, AHMAD H, MAHMOOD A. Fracture penis with complete urethral disruption during intercourse. J AyubMed Coll Abbottabad 2009 ; 21 (3) : 176-8.



Image 1 : Tuméfaction et déviation de la verge surtout le corps caverneux droit.
Image 1: Tumefaction and deviation of the penis especially the right cavernous corps.



Image 2 : Mise en évidence de l'hématome après incision coronale sur sonde foley CH 18.
Image 2: Demonstration of the hematoma after coronal incision on foley CH 18 probe.

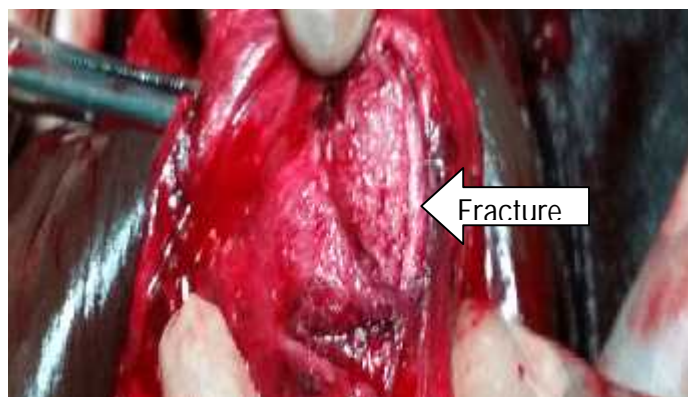


Image 3 : Mise en évidence de l'albuginée de la fracture de la verge de prêt de 2 cm
Image 3: Albuginea highlighting of the fracture of the 2 cm ready penis



Image 4 : Evolution 3 ans après prise en charge de la fracture de la verge
Image 4: Evolution 3 years after management of the fracture of the penis