

La fracture de verge à Dakar. À propos de 25 cas

Penile fracture in Dakar. Report of 25 cases

L. Niang · I. Thiam · M. Ndoye · A. Ouattara · Y. Magloire · M. Jalloh · I. Labou · S.M. Gueye

Reçu le 8 août 2012 ; accepté le 24 octobre 2012
© SALF et Springer-Verlag France 2012

Résumé Buts : Présenter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fractures de verge dans le service d'urologie-andrologie de l'hôpital général de Grand Yoff de Dakar.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive portant sur 25 cas de fracture de verge pris en charge dans le service d'urologie-andrologie de l'hôpital général de Grand Yoff de Dakar entre janvier 2001 et décembre 2011. Les paramètres suivant ont été étudiés : l'âge, la résidence, les antécédents, les données cliniques, les données de l'exploration chirurgicale et les résultats du traitement.

Résultats : En dix ans, 25 cas de fractures de verge ont été enregistrés soit une moyenne de 2,5 cas par an. L'âge moyen de survenue était de 36 ans avec des extrêmes de 22 et 60 ans. Les circonstances de survenue sont dominées par les manipulations forcées (52 %) et les rapports sexuels (32 %). La douleur associée à une latérodéviation controlatérale de la verge, une tuméfaction localisée de la verge ou extensive à la région sus-pubienne ou périnéale sont les principaux signes retrouvés. Une prise en charge urgente (délai moyen de prise en charge de deux heures avec des extrêmes de 45 minutes et 48 h) en milieu chirurgical avec réparation des corps caverneux et albuginorrhaphie a été la règle.

Conclusion : La fracture de verge est une urgence urologique relativement peu fréquente dans notre contexte. Son diagnostic reste aisé et est essentiellement clinique. Une prise en charge précoce et correcte en milieu chirurgical est garante d'un bon résultat fonctionnel et esthétique.

Mots clés Fracture de verge · Diagnostic · Traitement · Urgence urologique

Abstract Objectives: To describe the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics of penile fracture in the

department of Urology-Andrology of hôpital général de Grand Yoff, Dakar, Sénégal.

Materials and methods: We reviewed the medical records of cases of penile fracture managed at the hôpital général de Grand Yoff from January 2001 to December 2011. The data of interest were: age at diagnosis, geographic origin, clinical presentation, surgical findings, treatment and outcomes.

Results: In ten years, 25 cases of penile fracture were found with an average of 2,5 cases per year and patients mean age of 36 years with 22 and 60 years as extremes. The circumstances of occurrence were mainly forced manipulation (52%) and coitus (32%). Pain associated with penile curvature, swelling localized to the penis or extending to the pubis or the perineum were the major clinical findings. A prompt emergency (mean time for providing care was 2 hours ranging from 45 minutes to 2 days) surgical exploration with suture of the albuginea of the corpus cavernosum was the treatment in all cases.

Conclusion: Penile fracture is a relatively uncommon urological emergency in our setting. The diagnosis is easy, mostly based on clinical examination. A prompt and appropriate surgical management is the key to cosmetic and functional outcomes.

Keywords Penile fracture · Diagnosis · Treatment · Urological emergency

Introduction

La fracture de verge est la rupture de continuité de l'albuginée des corps caverneux, elle est le résultat d'un traumatisme sur la verge en érection le plus souvent pendant le rapport sexuel ou au cours de la masturbation [1]. Il s'agit d'une urgence urologique relativement rare. La rupture du corps caverneux peut s'accompagner d'une rupture du corps spongieux ou de l'urètre. Son incidence réelle est inconnue et au Sénégal, peu d'études lui ont été consacrées. Non prise en charge précocement et correctement, son évolution se fait vers des séquelles à type de dysfonction érectile ou de courbure de verge. Le but de ce travail était de présenter les

L. Niang · I. Thiam · M. Ndoye · A. Ouattara · Y. Magloire · M. Jalloh (✉) · I. Labou · S.M. Gueye
Hôpital général de Grand Yoff,
Grand Yoff P.O. Box 3270, Dakar, Sénégal
e-mail : jmohamed60@yahoo.fr

caractéristiques épidémiologiques, cliniques et la prise en charge de la fracture de verge telles qu'elles sont observées dans notre contexte de travail.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive basée sur l'exploitation de 25 dossiers de patients suivis pour fracture de verge dans les services d'urologie et d'urgence de l'hôpital général de Grand-Yoff de Dakar, au Sénégal. L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2011. Ont été inclus tous les patients ayant une fracture de verge et exclus tous les cas d'automutilation de la verge, rupture de la veine dorsale de la verge et toutes autres formes de traumatisme de la verge.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de collecte et les paramètres suivants ont été étudiés : âge, résidence, les antécédents, les données cliniques, les données de l'exploration chirurgicale et les résultats du traitement. Les données ont été saisies et analysées sous Epi info 3.5.1. Nous avons réalisé des calculs de moyenne et de fréquence.

Résultats

Fréquence

En dix ans, 25 cas de fracture de verge ont été pris en charge dans le service d'urologie-andrologie, soit une moyenne de 2,5 cas par an.

Âge

L'âge moyen de nos patients était de 36 ans avec des extrêmes de 22 ans et 60 ans. La Figure 1 présente la répartition des patients en fonction des tranches d'âge.

Situation matrimoniale

Quatorze de nos patients (56 %) étaient mariés tandis que les 11 autres (44 %) étaient célibataires.

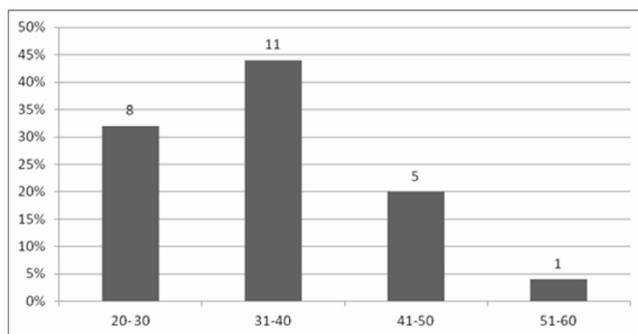


Fig. 1 Répartition des patients en fonction de l'âge (n=25)

Circonstances de la rupture

La manipulation forcée était la circonstance de survenue la plus fréquente (52 %) suivie du rapport sexuel (32 %) par faux pas du coït comme présenté dans la Figure 2.

Les motifs de consultation

Le trépied, douleur et tuméfaction pénienne ainsi que l'audition par le patient d'un craquement, était présent dans 100 % des cas. La notion d'urétrorragie a été retrouvée dans deux cas.

Délai de consultation

Le délai moyen entre la fracture et la consultation était de 24 h avec des extrêmes de 30 minutes et 11 jours.

Données de l'examen clinique

Les données de l'examen physique sont présentées par le Tableau 1. L'aspect clinique était globalement évocateur,

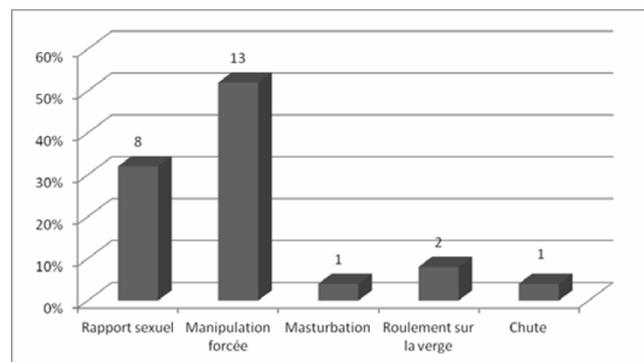


Fig. 2 Répartition en fonction de la circonstance ayant entraîné la fracture

Tableau 1 Répartition des principaux signes à l'examen clinique.

Signes cliniques	Nombre (N=25)	Pourcentage %
Douleur provoquée	25	100
Bon état général avec hémodynamique stable	25	100
Latérodéviation controlatérale de la verge	22	88
Tuméfaction localisée de la verge	19	76
Tuméfaction des organes génitaux externes, sus-pubienne et périnéale	6	24
Urétrorragie	2	8
Rétention vésicale complète	1	4
Palpation du défaut	1	4

avec une tuméfaction pénienne atteignant parfois le périnée et le pubis, une déviation controlatérale. Une urétrorragie a été notée dans deux cas (8 %) avec un cas de rétention vésicale d'urines (4 %).

Prise en charge chirurgicale

Délai entre l'admission et l'intervention

Le délai moyen entre l'admission du patient et l'intervention était de 2 h avec des extrêmes de 45 minutes et de 48h.

Siège de la rupture

Le Tableau 2 présente le siège de la rupture. Dans 20 cas (80 %) la fracture siègeait au tiers proximal, dans quatre cas (16 %), le siège était au tiers moyen et dans un cas (4 %), il était distal.

Corps caverneux atteints

Le corps caverneux droit était plus fréquemment atteint (52 %) suivi du côté gauche (44 %), l'atteinte était bilatérale dans 4 % des cas.

Longueur du défaut

La taille moyenne du trait de fracture était de 2,2 cm avec des extrêmes de 0,5 et 5 cm. Le trait était transversal dans 23 cas et longitudinal dans trois cas.

Traitement

Le traitement a consisté en une exploration chirurgicale avec évacuation de l'hématome et une suture de l'albuginée. La voie d'abord était une incision circonférentielle rétrocoronale avec déshabillage de la verge jusqu'au siège de la fracture. Les cas de rupture de l'urètre étaient traités par une suture de l'urètre et une mise en place d'une sonde de Foley.

Tableau 2 Répartition en fonction du siège de la fracture sur la verge.		
Siège de la fracture	Effectif	Pourcentage (%)
Tiers proximal	20	80
Tiers moyen	4	16
Tiers distal	1	4
Total	25	100

Durée du séjour hospitalier

La durée moyenne d'hospitalisation était de 24 h avec des extrêmes de 12 h et de 10 jours. L'ablation de la sonde urinaire a été réalisée pour les cas de rupture associée de l'urètre au 10^e et au 15^e jour.

Résultats du traitement

À trois mois de suivi minimum, vingt-deux (22) patients, soit 88 %, ont retrouvé une érection normale. Trois (3) cas de dysfonction érectile ont été notés à l'évaluation par la SHIM-IIIEF5 (Sexual Health Inventory for Men-International Index of Erectile Function 5) ainsi que quatre (4) cas de fibrose cicatricielle avec légère coudure de la verge qui toutefois n'empêchaient pas les rapports sexuels. Aussi dans ces délais, il n'a pas été noté de sténose urétrale après réparation des deux (2) cas de sténose urétrale.

Discussion

La fréquence

Durant notre étude, 25 patients ont présenté une fracture de verge sur une période de dix ans. Ceci fait de la fracture de verge une urgence urologique relativement rare. Cette rareté doit être relativisée car dix ans auparavant, Sylla et al. [2] ont rapporté en 1999 une série de 12 patients sur une période de 17 ans (1983-1999) à la clinique urologique de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Touti et al. [3] au Maroc ont eu une série de 34 patients entre janvier 1982 et juillet 1997 tandis que Leandro et al. [4] entre 1982 et 2002 avaient rapporté une série de 55 patients victimes de fracture de verge au Brésil. Cette tendance à la hausse du nombre des différentes séries pourrait être liée à la disparition de certains tabous sexuels, l'homme moderne ayant tendance à assumer plus sa sexualité, mais également au manque d'éducation sexuelle.

L'âge des patients

L'âge moyen de nos patients était de 36 ans avec des extrêmes de 22 et 60 ans et 76 % des patients avaient un âge compris entre 20 et 40 ans. Ces deux aspects font de la fracture de la verge une pathologie qui touche l'homme entre la troisième et la quatrième décennie, période au cours de laquelle il est en pleine activité sexuelle.

Cette moyenne d'âge s'approche des moyennes de Leandro et al. [4], de Touti et al. [3] qui ont eu respectivement 33 et 34 ans. Des moyennes plus élevées sont notées dans la littérature, c'est le cas pour Chung et al. [5] qui avaient

trouvé un âge moyen de 44 ans alors que Benjelloun et al. [6] avaient trouvé une moyenne d'âge de 25 ans.

La circonstance responsable de la fracture

Les circonstances de survenue de la fracture de verge sont diverses. Dans notre série, la manipulation forcée était la cause majoritaire avec un taux de 52 %, suivi du rapport sexuel avec 32 % des cas. Cet aspect est en phase avec quelques séries maghrébines [7,8]. Dans beaucoup d'études, le rapport sexuel est la cause majoritaire [4,5]. En effet, au cours du coït, le plus souvent en position d'Andromaque, la verge sort du vagin et vient buter sur le périnée ou la symphyse pubienne de la partenaire [9].

Le délai moyen entre l'accident et l'arrivée à l'hôpital était de 24 h avec des extrêmes de 30 minutes et 11 jours. Leandro et al. [4] au Brésil avaient retrouvé un délai de 14 h avec des extrêmes de deux heures et trois semaines. Selon Chung et al. [5], cet intervalle varie de 17 minutes à sept jours.

Les données de l'examen physique

Les signes principaux, à savoir la déviation latérale de l'axe de la verge et la tuméfaction, étaient présents chez la majorité de nos patients comme dans beaucoup de séries [10,11].

Cette tuméfaction était localisée au niveau de la verge dans 76 % des cas alors que dans 24 % elle atteignait le périnée et la symphyse pubienne attestant de la rupture des fascias de Buck et Colles avec extension de l'hématome loin de la zone fracturaire. Dans notre série on a noté deux cas d'urétrorragie avec un cas franc de rétention d'urines occasionnant un globe vésical, de même dans la série de Toutti et al. [3], l'urétrorragie est rapportée, signant la rupture de l'urètre. Aussi, Al-Shaiji et al. [12] rapportèrent un cas de fracture de verge associée à une rupture urétrale. Celle-ci constitue un élément de morbidité grave. En effet, en l'absence de traitement précoce, la constitution d'un urohématome peut secondairement évoluer vers une surinfection avec suppuration pouvant évoluer vers la fistulisation créant ainsi une fistule uréthro-cutanée, ou vers la gangrène de la verge comme noté dans la série de Sylla et al. [2].

Prise en charge

Tous nos patients ont subi une intervention chirurgicale, il n'y a pas eu de traitement conservateur. Dincel et al. [13] avaient rapporté une série de 11 patients qui ont tous eu une intervention chirurgicale. En revanche, dans d'autres séries, quelques patients ont bénéficié d'un traitement conservateur [14,15]. Ce traitement conservateur ou médical

qui a été institué par Nicolaisen et al. [15] est aujourd'hui devenu plus une exception qu'une règle.

Le délai moyen entre l'admission du patient à l'hôpital et l'intervention chirurgicale était de deux heures avec des extrêmes de 45 minutes et 48 h. Ceci juge de la promptitude avec laquelle les patients ont été pris en charge. Le délai de 48h nous paraît très long et serait lié aux difficultés de prise en charge des urgences de façon générale dans notre contexte de travail.

Le siège de la fracture était proximal près de la racine de la verge dans 80 % des cas comme rapporté par Muqim et al. [16]. Dans 96 % des cas, l'atteinte du corps caverneux était unilatérale, 52 % du côté droit et 44 % du côté gauche. Dans la série de Muqim et al. [16], sur 11 patients opérés, la lésion du corps caverneux était localisée à droite dans huit cas et à gauche dans trois cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 100 % des cas, avec une durée moyenne d'hospitalisation assez courte de 24 h comme rapporté par d'autres études [3,6].

Dans le cas de la rupture partielle, la sonde fut enlevée au 10^e jour tandis qu'elle le fut au 15^e dans la rupture complète. La plupart des auteurs s'accordent sur le principe selon lequel avec un diagnostic et une chirurgie précoces, les résultats sont excellents, l'hospitalisation est raccourcie, les complications sont minimales et le retour à l'activité sexuelle est plus rapide.

Dans notre série, 22 patients (88 %) ont retrouvé une érection normale, par contre très peu de séquelles ont été rapportées, il s'agissait de trois cas de dysfonction érectile et quatre cas de fibrose cicatricielle se limitant à une induration localisée sans incidence sur la sexualité. Ces résultats obtenus après traitement chirurgical ont été satisfaisants et superposables à ceux de nombreux auteurs [1,4,15,17].

Conclusion

La fracture de verge est une urgence urologique relativement peu fréquente dans notre contexte. Son diagnostic reste aisé et est essentiellement clinique. Nos résultats étaient satisfaisants avec 88 % des patients qui ont retrouvé une érection normale, une verge sans couture et sans plaque de fibrose. Cependant, des complications ont été notées, à savoir trois cas de dysfonction érectile, associée ou non à une plaque de fibrose. Une prise en charge précoce et correcte en milieu chirurgical reste le garant d'un bon résultat fonctionnel et esthétique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Boujnah H, Raks S (1990) La fracture de verge. À propos de 67 cas. *Ann Urol* 24:313–5
2. Sylla C, Diallo AB, Fall PA, et al (2000) Fracture de verge. À propos de 12 cas. *Andrologie* 10:407–11
3. Touti D, Ameer A, Beddouch A, Oukheira H (2000). La rupture de l'urètre au cours des fractures de la verge : à propos de 2 observations. *Prog Urol* 10:465–8
4. Leandro K, Andre G, Carlos HM, et al (2003). Penile fracture – Experience in 56 cases. *Int Br J Urol* 29:35–9
5. Chung CH, Szeto YK, Lai KK (2006). Fracture of the penis: a case series. *Hong Kong Med J* 12:197–200
6. Benjellouns S, Rabbi R, Bennani S, et al (2003). La fracture des corps caverneux. À propos de 123 cas. *Afr J Urol* 9:48–52
7. Bauchart J, Collin G, Lobel B (1975) La rupture traumatique des corps caverneux. À propos d'un cas vu tardivement. *Ann Urol* 9:81–9
8. Bennani S, Dakir M, Debbagh A et al (1998) La rupture traumatique du corps caverneux. *Prog Urol* 8:548–52
9. Erondou OF, Ohuegbe CI, Okoro CR, Emmanuel E (2010) Clinical and ultrasonographic correlation of post-coital isolated penile injury with corpus cavernosal haematoma: a case report. *J Med Science* 6:188–91
10. Gregoire W (1986) Les courbures de la verge. *Contracept Fertil Sex* 14:353–8
11. Jallu A, Wani NA, Rashid PA (1980) Fracture of the penis. *J Urol* 123:285–6
12. Al-Shajji TF, Amann J, Brock GB (2009) Fractured penis: diagnosis and management. *J Sex Med* 6:3231–40
13. Dincel C, Çaskurlut T, Resim S, et al (1998) Fracture of the penis. *East J Med* 3:17–9
14. Goh HS, Trapnell JE (1980) Fracture of the penis. *Br J Surg* 67:680–1
15. Nicolaisen S, Melamud A, Williamo RD, Mc Annich JW (1983) Rupture of the corpus cavernosum: Surgical management. *J Urol* 130:917–20
16. Muqim RU, Alamjan QE, Zarin M (2006). Management of penile fracture. *Pak Med Sci* 22:23–7
17. El-Assmy A, El-Tholoth HS, Abou-El-Ghar ME, et al (2012) Risk factors of erectile dysfunction and penile vascular changes after surgical repair of penile fracture. *Int J Impot Res* 24:20–5