

Fracture de verge : à propos de 12 cas

C. SYLLA, A.B. DIALLO, P.A. FALL, S.M. GUEYE, A. NDOYE, O.B. THIAM, M. BA, B.A. DIAGNE.

Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, Service d'Urologie-Andrologie, Dakar, Senegal

RÉSUMÉ

La fracture de verge est un accident relativement rare. Nous rapportons 12 cas de fracture de verge colligés sur une période de 17 ans. Le traumatisme causal était le faux pas du coït (n=8) ou la manipulation intempestive de la verge en érection (n=4). La symptomatologie clinique a été marquée par la déformation de la verge (n=9) et la douleur lors du traumatisme (n=7). Dans 1 cas il existait une rupture urétrale associée. Tous les patients ont été traités chirurgicalement avec de bons résultats dans 11 cas sur le plan cosmétique et fonctionnel sans aucune dysérection. Les auteurs passent en revue les différents moyens diagnostiques et soulignent l'importance d'une réparation chirurgicale en urgence dans les fractures de verge.

Mots Clés : pénis, corps caverneux, rupture, traumatisme

I. INTRODUCTION

La fracture de la verge ou rupture des corps caverneux s'inscrit dans le cadre des affections traumatiques rares du pénis. Il s'agit d'un accident survenant sur une verge en tumescence et occasionnant une déchirure de l'albuginée du corps caverneux avec extravasation du sang contenu dans ces organes, au niveau

des enveloppes de la verge. Elle peut être associée à une rupture de l'urètre spongieux et entraîner des troubles mictionnels [5].

Le diagnostic de fracture de verge est facile à établir en fonction des circonstances de survenue. Il s'agit d'une urgence urologique dont la prise en charge initiale rapide s'attache à sauvegarder l'anatomie et la fonction de la verge tout en prévenant les séquelles dont le traitement est parfois délicat.

L'objectif de ce travail est de rapporter 12 cas de fracture de verge et de les comparer aux données de la littérature.

II. PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 12 cas de fracture de verge colligés en 17 ans (1983-1999) à clinique urologique du CHU de Dakar (Sénégal). L'âge moyen des patients était de $31,6 \pm 6,7$ ans avec des extrêmes de 23 et 45 ans. L'étude s'est intéressée aux différents aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette affection.

III. RÉSULTATS

Le délai de consultation après les premières manifestations cliniques était variable : $7,6 \pm 4,2$ h dans 6 cas, $5,4 \pm 2,4$ jours dans 5 cas et 3

Correspondance : Pr Ag. C. Sylla, BP 15650, Dakar-Fann, Sénégal

mois dans 1 cas. Les patients ont été immédiatement admis en urgence dans 8 cas. Le traumatisme en cause était le faux pas du coït (n=8) ou la manipulation intempestive de la verge en érection (n=4). Dans un cas il s'agissait d'une deuxième fracture de verge sur le corps caverneux controlatéral. Lors du traumatisme, la symptomatologie clinique a été marquée par la perception d'un craquement au niveau de la verge (n=4), une douleur au niveau des organes génitaux externes (n=7), la déformation de la verge à type de coudure avec déviation du côté controlatéral à la lésion du corps caverneux (n=9) (Figure 1), une urétrorragie avec dysurie dans 1 cas, traduisant une lésion urétrale associée.

Du point de vue paraclinique, la cavernographie (n=8) objectivait la fuite du produit de contraste dans 5 cas vus précocement (Figure 2), l'échographie réalisée dans 2 cas individualisait l'hématome au niveau de la verge ainsi que la rupture de l'albuginée. L'urographie intraveineuse avec clichés mictionnels, réalisée chez un patient, objectivait une rupture partielle de l'urètre pénien.

Le traitement, chirurgical dans tous les cas, a été réalisé sous anesthésie générale. La voie d'abord était une incision circonférentielle au niveau du sillon balano-préputial (n=10) ou une incision longitudinale sur le raphé médian de la verge (n=2) (Figure 3). La rupture de l'albuginée variait de 1 à 3 cm et le corps caverneux droit était plus souvent lésé (n=7) que le

gauche (n=5). Il a été réalisé dans tous les cas une évacuation de l'hématome puis la suture au fil résorbable 4/0 de l'albuginée du corps caverneux. La rupture partielle de l'urètre pénien a été réparée par une simple urétrorrhaphie au fil résorbable 4/0 avec mise en place d'une sonde tutrice pendant trois jours.

Les résultats thérapeutiques ont été jugés sur l'existence ou non d'une déformation de la verge, la qualité de l'érection et de la miction. Avec un recul moyen de $12 \pm 5,3$ mois les résultats ont été satisfaisants dans 11 cas, ces patients ne présentant pas de déformation de la verge ou de dysérection. Dans 1 cas où la reprise des rapports sexuels a été précoce, le patient se plaignait d'une dysérection avec déformation de la verge et présence d'un nodule. Ce tableau a justifié une réintervention avec exérèse du nodule permettant de corriger la déformation. La qualité de l'érection chez ce patient n'a pu être précisée dans les suites.

IV. DISCUSSION

Lors d'une revue de la littérature nous avons pu relever 628 cas de fractures de verge, ce qui souligne la relative rareté de cet accident souvent méconnu. La première publication sur le sujet semble être celle de FRANK, publiée en 1807 [10] et depuis seules des séries limitées en nombre ou de simples rapports de cas sont rapportés par les auteurs. Dans nos régions cette rareté peut s'expliquer par la méconnaissance de cette affection et la pudeur des



Figure 1 : Déformation de la verge après fracture.

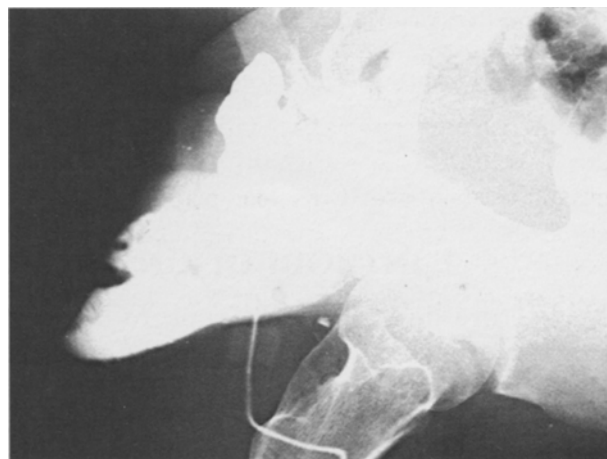


Figure 2 : Fuite du produit de contraste lors de la cavernographie.



Figure 3 : Rupture de l'albuginée du corps caverneux gauche.

patients les empêchant de consulter pour de telles lésions génitales.

L'étiologie la plus fréquente et la plus évocatrice dans notre série, ainsi que dans la littérature est le faux pas du coït, néanmoins des manipulations intempestives de la verge [1, 8] ou des chocs involontaires [4, 12, 15] sur une verge en érection peuvent également être en cause. Lors du faux pas du coït l'accident survient à la suite d'un coït violent ou "acrobatique", où la verge rate l'orifice vaginal et bute sur le périnée, le pubis, la face interne de la cuisse ou la fesse. Plus exceptionnellement la fracture de verge peut survenir sur une verge flacide [5, 12, 15]. Des conditions socio-économiques de cohabitation difficiles, la promiscuité obligeant le sujet à camoufler une érection matinale ont été soulignées comme facteur favorisant la fracture de verge [2, 3, 5]. Parmi les facteurs prédisposants incriminés dans la rupture du corps caverneux, on retiendra la diminution de l'épaisseur de l'albuginée qui atteint 0,5 à 0,25 mm en état d'érection.

La symptomatologie clinique est variable selon que la fracture est vue précocement ou tardivement, qu'elle intéresse un ou deux corps caverneux et qu'il existe ou non une lésion de l'urètre. Si l'hématome est fréquent et son importance variable, son extension est également fonction de l'intégrité des fascias de Buck et Colles [10, 14]. La déformation de la verge avec une angulation en "saxophone" a été la manifestation clinique la plus fréquente. Nous n'avons pas recherché de façon systématique le signe du roulement décrit par Naraynsingh [13] traduisant la présence d'un hématome au niveau du défaut de l'albuginée dans les fractures vues précocement. Dans les formes vues tardivement la dysérection et la déformation de la verge sont les principaux motifs de consultation. Dans la littérature, la rupture urétrale est rapportée dans environ 10 % des cas. Cette rupture, partielle ou totale, est quasiment toujours transversale [10].

Bien qu'aucun examen complémentaire ne soit indispensable devant une histoire et une symptomatologie clinique typiques, certaines explorations prennent toute leur importance dans les formes frustrées ou vues tardivement. Nous proposons la cavernographie comme un examen à réaliser en préopératoire immédiat. Cet examen simple n'est contre indiqué que dans les cas d'allergie à l'iode. Certains incidents et accidents ont pu être rapportés après cavernographie comme le priapisme [7], l'augmentation du volume de l'hématome, l'infection ou un contraste parfois insuffisant [6]. Dans deux cas de notre série l'échographie a confirmé le diagnostic de fracture de verge. Il s'agit d'un examen non invasif, fiable en des mains expérimentées, facile et peu coûteux, qui permet de visualiser l'hématome et parfois de mettre en évidence la rupture de l'albuginée. Koga [9] rapporte une bonne corrélation entre les lésions vues à l'échographie et les constatations per-opératoires dans 6 cas/7. Plus récemment, l'imagerie par résonance magnétique nucléaire [6, 17, 19] a pu mettre en évidence la rupture des corps caverneux, mais il s'agit cependant d'un examen qui ne peut être de pratique courante car coûteux ou non disponible dans certains pays. L'urographie intraveineuse avec clichés mic-tionnels, proposée de façon systématique par

RÉFÉRENCES

certain auteurs [16, 20] est réservée dans notre pratique aux seuls cas où il existe une forte suspicion de lésion urétrale associée.

Du point de vue thérapeutique nous sommes partisans d'un traitement chirurgical en urgence afin de diminuer l'incidence de la dysérection. Notre préférence va à la voie d'abord distale circonférentielle permettant de détrousser l'ensemble de la verge. Bien que Mansi [11] reproche à cette voie d'abord d'être délabrante et de pouvoir entraîner une nécrose cutanée, nous n'avons jamais noté ce type de complications par cette voie régulièrement employée dans notre pratique pour les prélèvements de lambeaux cutanés pédiculés péniers lors des urétroplasties. Nous insistons sur l'attention à apporter à la fermeture de l'albuginée qui doit être suturée de telle sorte qu'il n'existe aucune courbure susceptible de réaliser une angulation de la verge lors de l'érection. C'est ainsi que Ruckle [18] propose de réaliser une érection artificielle en per-opératoire afin de vérifier l'axe de la verge. En post-opératoire, l'antibiothérapie tout comme les médicaments anti-érectiles peuvent ne pas être systématiques [5, 14]. En effet l'érection post-opératoire est souvent peu intense car limitée par la douleur.

Du fait de la relative rareté de cette affection, aucune étude prospective n'a pu être établie afin de trancher sur l'opportunité d'un traitement médical ou conservateur de la fracture de verge comparativement au traitement chirurgical. Lors de la revue de la littérature, il a été rapporté plus de complications avec le traitement conservateur (33,3 %) par rapport au traitement chirurgical (7,75 %). Parmi les complications nous avons noté respectivement l'induration ou l'angulation pénienne dans 22,6 % contre 4,2 %, le dysfonctionnement érectile dans 9,3 % contre 2%.

La réparation chirurgicale en urgence semble être le meilleur moyen de prévenir les complications à type de fibrose, courbure des corps caverneux ainsi que la dysérection et la sténose urétrale en cas de rupture de l'urètre associée. De plus la durée d'hospitalisation et les répercussions psycho-sociales d'une telle affection sont également minimisées avec le traitement chirurgical précoce.

1. ANTONY J. : Fracture of the penis. *Int. Surg.*, 1977, 62 : 561-562.
2. BENCHEKROUN A., ABAKKA T., LAKRISSA A. : Fracture des corps caverneux. A propos de 22 cas. *J. Urol.*, 1986, 92 : 291-295.
3. BOUJNAH H., RAKAM S. : La fracture des corps caverneux. A propos de soixante-sept cas. *Ann. Urol.*, 1990, 24, 313-315.
4. CREECY A.A., BEAZLIE J.R. : Fracture of the penis: traumatic rupture of corpora cavernosa. *J. Urol.*, 1957, 78 : 620-627.
5. EL SHERIF A.E., DAULEH M., ALLOWNEH N., VIJAYAN P. : Management of fracture of the penis in Qatar. *Br. J. Urol.*, 1991, 68 : 622-625.
6. FEDEL M., VENZ S., ANDREESSEN R., SUDHOFF F., LOENING S.A. : The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of suspected penile fracture with atypical clinical finding. *J. Urol.*, 1996, 155 : 1924-1927.
7. GROSSMAN H., GRAY R.R., St LOUIS E.L., CASEY R., KERESTECI A.G., ELLIOTT D.S. : The role of corpus cavernosonography in acute " fracture " of the penis. *Radiology*, 1982, 144 : 787-788.
8. JALLU A., WANI N.A., RASHID P.A. : Fracture of the penis. *J. Urol.*, 1980, 123 : 285-286.
9. KOGA S., SAITO Y., ARAKAKI Y. *et al.* : Sonography in fracture of the penis. *Br. J. Urol.*, 1993, 72 : 228-229.
10. MANGIN P., PASCAL B., CUCKIER J. : Rupture de l'urètre par faux pas du coït. *J. Urol.*, 1983, 89 : 27-34.
11. MANSI M.K., EMRAN M., EL MAHROUKY A., EL MATEET M.S. : Experience with penile fracture in Egypt : long term result of immediate surgical repair. *J. Trauma.*, 1993, 35 : 67-70.
12. MEARES E.M. : Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *J. Urol.*, 1971, 105 : 407-408.
13. NARAYNSINGH V., RAJU G.C. : Fracture of the penis. *Br. J. Surg.*, 1985, 72 : 305-306.
14. NICOLAISEN G.S., MELANUD A., WILLIAMO R.D., Mc ANNISH J.W. : Rupture of the corpus cavernosum. Surgical management. *J. Urol.*, 1983, 130 : 917-919.
15. OESTERWITZ H., BICK C., BRAUN E. : Fracture of the penis. Report of 6 cases and review of the literature. *Int. Urol. Nephrol.*, 1984, 16 : 123-127.
16. OZEN H.A., ERKAN I., ALKIBAY T., KENDI S., REMZI D. : Fracture of the penis and long term results of surgical treatment. *Br. J. Urol.*, 1986, 58 : 551-552.
17. RAHMOUNI A., HOZNEK A., DURON A. *et al.* :

- Magnetic resonance imaging of penile rupture : aid to diagnosis. J. Urol., 1995, 153 : 1927-1928.
18. RUCKLE H.C., HADLEY H.R., LUI P.D. : Fracture of the penis : diagnostic and management. Urology, 1992, 10 : 33-35.
 19. SUZUKI K., SHIMIZU N., KUROKAWA K., SUZUKI T., YAMANAKA H. : Fracture of the penis : magnetic resonance imaging of the rupture of the corpus cavernosum. Br. J. Urol., 1995, 76 : 803-804.
 20. TAHA S.A., SHARAYAH A., KAMAL B.A., SALEM A.A., KHWAJA S. : Fracture of the penis : surgical management. Int. Surg., 1988, 73 : 63-64.

ABSTRACT

Penile fracture : report of 12 cases

C. SYLLA, A.B. DIALLO, P.A. FALL, S.M.
GUEYE, A. NDOYE, O.B. THIAM, M. BA,
B.A. DIAGNE.

The authors would like to report their management of 12 patients with penile fracture. Their protocol consisted of emergency surgical repair, which gave the patients the greatest chance of full recovery, i.e. normal erection and effective sexual intercourse. A review of the literature shows the relative rarity of this traumatic disease and emphasizes the value of cavernosography, MRI and sonography in the diagnosis.

Key words : penis, corpus cavernosum, rupture, trauma.