

Fracture de la verge associée à la rupture complète de l'urètre : évaluation clinique et prise en charge

Tshiband Moshabilond*, Dan Baki, Amadou Mahamane Kaka ****

*Service d'urologie, Résident en urologie, Hôpital National Amourou Boubacar Diallo

** Service d'Urologie, chirurgien urologue, Hôpital National Amourou Boubacar Diallo

RESUME

La fracture de la verge associée à la rupture de l'urètre reste l'une des rares urgences urogénitales. Le diagnostic est essentiellement clinique dans les formes types, basé sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique, le recours à l'imagerie est réservé au forme atypique, douteuse et/ou vu tardivement. Elle nécessite une prise en charge essentiellement chirurgicale précoce, permettant un bilan et une réparation des lésions (cavernoraphie, Uréthroplastie) afin de garantir un bon résultat fonctionnel

Nous rapportons l'intérêt de l'évaluation clinique préopératoire des organes génito-urinaires dans le diagnostic d'une fracture bilatérale des corps caverneux associée à une rupture complète de l'urètre, survenue après un faux pas coïtal chez un sujet adulte jeune.

Mots clés : Fracture de la verge, albuginée, corps caverneux, cavernoraphie, Uréthroplastie término-términale

ABSTRACT

Fracture of the penis associated with urethral rupture remains one of the rare urogenital emergencies. The diagnosis is mainly clinical in typical cases, based on the data from the interview and physical examination, while imaging is reserved for atypical, doubtful and/or late-presenting cases. Early surgical management is essential, allowing for assessment and repair of the lesions (cavernoraphy, urethroplasty) in order to ensure a good functional outcome.

We report the importance of preoperative clinical evaluation of the genitourinary organs in the diagnosis of bilateral fracture of the cavernous bodies associated with complete urethral rupture, which occurred after a coital misstep in a young adult male.

Keys words: Fracture, penis, cavernous body, cavernoraphy, Urethroplasty término-términale

Correspondance

Tshiband Moshabilond, Service d'urologie, Résident en urologie, Hôpital National Amourou Boubacar Diallo

Téléphone : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Email : vdpabilond@yahoo.fr

Article reçu : 11-06-2023 Accepté : 15-01-2024 Publié : 28-01-2024



Copyright © 2024. TSHIBAND MOSHABILOND et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : TSHIBAND MOSHABILOND et al. Fracture de la verge associée à la rupture complète de l'urètre : évaluation clinique et prise en charge. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2024 ; 7(1) : 285 - 290.

INTRODUCTION

La fracture de la verge reste l'une des urgences urogénitales, dont la fréquence reste, de nos jours, sous-estimée (1). Elle correspond à la rupture de l'albuginée de l'un des corps caverneux et/ou du corps spongieux, en état d'érection. D'étiologies diverses, la rupture de la verge survient le plus souvent lors d'un « faux pas » du coït, le pénis en érection, et ayant des conséquences sexuelles et urinaires. Le diagnostic est basé sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique, tandis que le recours à l'imagerie est réservé au forme atypique, douteuse et/ou vu tardivement ; Une prise en charge est essentiellement chirurgicale (8).

Le but de cet article est présenter l'intérêt de l'évaluation clinique préopératoire dans le diagnostic d'une fracture bilatérale des corps caverneux associée à une rupture complète de l'urètre, survenue après un faux pas coïtal.

OBSERVATION CLINIQUE

Patient âgé de 24 ans, sans antécédent médico-chirurgical pathologique, qui s'était présenté aux urgences chirurgicales de l'hôpital national Amourou Boubacar Diallo pour douleur, tuméfaction de la verge et des bourses et urétrorragie suite à un faux pas du coït survenu sept (07) heures avant son admission. Le patient aurait ingéré deux doses des produits à effets aphrodisiaques à intervalle rapproché dans le but d'avoir une érection efficace. À l'inspection, il y avait une tuméfaction de la verge « en aubergine », une ecchymose étendue sur la verge et toute la surface scrotale, (**Figure 1A**), avec un hématome sur la face ventrale, près de la racine de la verge. Une urétrorragie a été mise en évidence (**figure 1B**), aggravée à la moindre manipulation de la verge. La palpation a mis en évidence une sensibilité douloureuse à environ 3 cm de la racine de la verge, sur le raphé médian.

Le diagnostic d'une fracture de la verge associée probablement à la rupture de l'urètre a été posé sur la base des données cliniques. Le patient, en urgence, a bénéficié d'un traitement chirurgical par une incision coronale, en dessous du sillon balano-prepucial (**figure 1C**), suivi d'un retournement en doigt de gant des enveloppes de la verge jusqu'à sa racine. L'exploration chirurgicale, après évacuation de l'hématome, avait confirmé la présence d'un trait de fracture sur la face ventrale des corps caverneux droit et gauche, mesurant chacun 1 cm environ, associée à une rupture complète de l'urètre. (**Figure 2A**) ; Le traitement chirurgical proprement-dit avait consisté au rétablissement de la continuité de l'albuginée du corps caverneux par des points séparés au fil résorbable et de l'urètre autour d'une sonde uréthro-vesicale, charrière 18. (**Figure 2B, 2C**). Les suites opératoires ont été simples. Le patient a été gardé pendant 48 Heures et a été revue à titre externe sans complications.

DISCUSSION

La rupture de l'albuginée des corps caverneux du pénis est un évènement encore sous-estimé (1). Cette rareté a été relativisée sur base de la tendance à la hausse du nombre des cas observés, liée à la disparition de certains tabous sexuels, de la non réticence des patients à consulter pour une pathologie des organes génitaux et à l'éducation de la vie sexuelle. Elle reste une pathologie de l'adulte jeune caractérisé par une expérience et concurrence sexuelle à démontrer avec une prise des substances aphrodisiaques, traditionnel, et/ou moderne. Cependant, certains cas ont été observés chez les sujets âgés et publiés dans la littérature (2).

Les circonstances de survenue de la fracture de verge sont diverses. Le faux pas coïtal constitue le mécanisme le plus fréquemment rencontré, au cours duquel, le plus souvent en position d'Andromaque, la verge en érection, sort du vagin et vient butter sur le périnée ou la symphyse pubienne de la partenaire. Cette position, « la femme au-dessus », limite ainsi le contrôle par l'homme des mouvements lors d'un rapport sexuel (3).

Le diagnostic de la fracture de la verge est d'abord clinique. Chez notre patient, la clinique a été dominée par une douleur, une tuméfaction, l'ecchymose de la verge et des bourses. Cette aspect traduit une rupture des fascias de de Buck et Colles avec une extension de l'hématome vers le périnée ; Une urétrorragie a été mise en évidence traduisant une rupture de l'urètre associée. Cependant, il est recommandé de recourir à l'imagerie (écho-doppler de la verge, cavernographie, IRM, UCR) dans les formes atypiques, douteuse et/ou vues tardivement (4).

Le bilan lésionnel chez notre patient a confirmé la présence d'un trait de fracture proximal, transversal et bilatéral sur la face ventrale des corps caverneux mesurant chacun 1 cm environ, associée à une section complète de l'urètre. Les auteurs ont décrit que le trait de fracture était le plus souvent unilatéral et à droite sans que cela puisse trouver une explication. La direction du trait est le plus souvent transversale, de localisation souvent proximale sur la verge et plus rarement au niveau du tiers distal (6,7).

Par ailleurs, la rupture de l'urètre, exceptionnellement complète, comme dans notre observation, a été associée à la fracture des corps caverneux. Elle ne se retrouve que dans 3 à 38 % des cas. Cette lésion associée constituait un des éléments de morbidité grave car non traité précocement, elle évolue vers la constitution d'un urohématome qui peut secondairement se surinfecter, la fistulisation uréthro-cutanée, ou vers la gangrène de la verge (8).

Plusieurs voies d'abord ont été décrites, variable en fonction des lésions suspectées. En référence à certains auteurs (5,11), nous avons réalisé une incision coronale sous le sillon balano-prepuçial avec décantage de la verge qui a permis une meilleure exposition de la rupture bilatérale de l'albuginée des corps caverneux et surtout de la rupture complète de l'urètre. Cette incision

coronale au niveau du sillon balano-prepucial a l'avantage de permettre un large accès aux corps caverneux et au corps spongieux mais expose à des complications telles que l'infection, l'œdème et la nécrose cutanée. Contrairement à d'autres auteurs, l'incision latérale, longitudinale en regard d'un des corps caverneux permet un abord électif du foyer de fracture sans risque cutané mais parfois au prix d'une cicatrice disgracieuse (6,11).

Le traitement chirurgical en urgence a consisté à évacuer l'hématome, à faire l'hémostase des vaisseaux, à parer et suturer la déchirure de l'albuginée des corps caverneux par des points séparés au fils résorbables et enfin, à réparer une rupture de l'urètre associée tel que décrit par la plupart des auteurs. Elle constitue actuellement, le traitement de référence de la rupture de l'albuginée des corps caverneux de la verge car c'est le seul garant de la récupération de la fonction érectile. Cette attitude permet, de manière générale, une hospitalisation plus courte, réduit le risque de plusieurs complications (dysfonction érectile, courbure résiduelle de verge) (2,10).

CONCLUSION

La fracture de la verge demeure une urgence urogénitale, dont les conséquences sexuelles et urinaires sont évidentes en absence de la prise en charge précoce. L'évaluation clinique basée sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique demeure la clé du diagnostic et que le recours à l'imagerie est réservé au forme atypique, douteuse et/ou vu tardivement ; Une prise en charge chirurgicale et précoce permet une récupération fonctionnelle sexuelle.

REFERENCE.

1. Kamdar C, Mooppan UMM, Kim H, Gulmi FA. Penile fracture: pre-operative evaluation and surgical technique for optimal patient outcome. *BJU Int* 2008; 102 (11): 1640 – 4.
2. Prosper Alain BOUYA. Les fractures du pénis. *Progrès en Urologie* (2005); 15: 742-744.
3. Kpatcha T M, Tengue k, Botcho G, Sikpa K.H, Léloua E, Sewa E.V, Amegayibor O, Anoukoum O, Dosseh E.D. Notre expérience de la prise en charge de la fracture de verge au CHU de Lomé. *African Journal of Urology* (2017) ; 23 : 342–346.
4. Abdoul-Karim P, Adama O, Gnimdou B, Brahimia K, Fasnewendé A.K, Amidou B, Delphine Y, Dramane B, Mireille K, Timothée K. La fracture de verge : à propos de six observations au CHU Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *The Pan African Medical Journal* (2019) ; 33 :257.
5. Barry M II, Kanté D, Bah I, Diallo TMO, Bah MD, Diallo AB, Bah OR, Guirassy S, Balde S, Sow KB, Diallo MB. Fracture de verge : Analyse rétrospective de 22 cas au service d'urologie de l'hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry Guinée. *Uro'Andro* (2016) ; 1 (6) : 273-8.
6. Padjá E, Bahri A, Tayiri A, Chafiki J, Janane A, Ghadouane M, Ameer A, Abbar M. *Traitement chirurgical des fractures de verge : Résultats fonctionnels et complications à propos de 24 cas. Uro'Andro* 2016 ; 1(5) ; 251-5.
7. Muqim RU, Alamjan QE, Zarin M. Management of penile fracture. *Pak Med Sci* (2006); 22:23 – 7.
8. Molimard B, Durand X, Desfemmes F-R, Deligne E, Berlizot P, Houlgatte A. Faux-pas du coït et rupture urétrale complète. *Progrès en urologie* (2009) ; 19 : 226 – 30.
9. Amer T, Wilson R, Chlosta P, AlBuheissi S, Qazi H, Fraser M, et al. Penile fracture : A meta-analysis. *Urol Int* (2016) ; 96(3) :315 - 29.
10. Falcone M, Garaffa G, Castiglione F, Ralph DJ. Current management of penile fracture: An up-to-date systematic review. *Sex Med Rev* 2018; 6(2) :253 - 60.
11. Ahmed I, Idriss Z. Fracture du corps cavernoux de la verge. *Pan African Medical Journal* (2020) ; 37(272) : 1 – 3.



FIGURE 1 (A, B, C) :

- A. Tuméfaction de la verge « en aubergine »
- B. Urétrorragie
- C. Incision coronale en dessous du sillon balano-prepucial

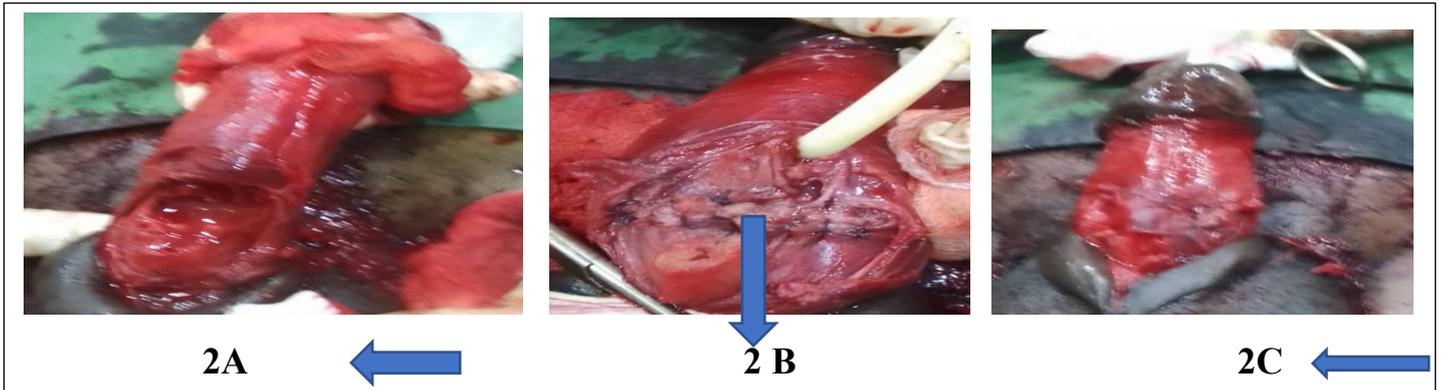


FIGURE 2 (A, B, C) :

- A. Rupture des corps caverneux et de l'urètre
- B. Suture complète corps caverneux
- C. Suture complète des corps caverneux et de l'urètre