

Fracture de la verge à la clinique universitaire d'urologie de Cotonou

G. NATCHAGANDE, JDG AVAKOUDJO, K.I. GANDAHO, P.P. HOUNASSO, R. HODONOU, R. TORÉ SANNI, F. J-M HODONOU, E.C. AKPO

*Clinique universitaire
d'urologie andrologie
du Centre National
Hospitalier et
Universitaire
Hubert K Maga,
Cotonou, Bénin*

Résumé

La fracture de la verge fait partie des urgences andrologiques rares. Nous rapportons 4 cas de fracture de la verge survenue par faux-pas de coït. Il s'agissait d'adultes jeunes âgés de 31 ans à 50 ans. La symptomatologie était dominée par une déviation de la verge ($n = 4$), un œdème de la verge ($n = 4$). Deux cas de rupture urétrale étaient retrouvés. Une albuginorrhaphie a été réalisée avec une évolution favorable dans tous les cas. De la prise en charge précoce de la fracture de verge dépend le pronostic fonctionnel.

Abstract

Penile fracture is an uncommon urological emergency. We report four cases of penile fracture occurred by "coitus stumble". There were young adults between 31 and 50 years old. Symptomatology was dominated by a penile deviation ($n = 4$), edema of the penis ($n = 4$). Urethral injury was associated in 2 cases. Surgical correction of the defect in the tunica albuginea was performed with good outcome in all cases. The functional prognosis in penile fracture depends on its early surgical management.

Mots clés :

**Fracture de verge,
faux-pas de coït,
rupture urétrale,
urétrorragie**

Keywords :

**Misssteps coitus,
penile fracture,
urethral bleeding,
urethral rupture**

Introduction

Les fractures de verge désignent une rupture des corps érectiles alors que la verge est en érection. Elles font partie des rares urgences urologiques estimées à 4,4% dans la série d'OULD [1]. Durant le coït, la verge étant en érection, elle est donc vulnérable du fait de la diminution de l'épaisseur de l'albuginée des corps caverneux [2]. Ainsi tout faux-pas contre un plan plus ou moins dur au cours de cet acte, lorsqu'il est violent, est susceptible d'entraîner une rupture des corps érectiles. Les aspects lésionnels que revêt cette affection sont divers et mettent en jeu le pronostic fonctionnel de la verge et/ou de la miction. Toutefois les étiologies des traumatismes de verges sont diverses.

Il peut s'agir des accidents sur la voie publique, de masturbations intempestives, et

toute autre manipulation de la verge en érection. Nous rapportons 4 cas de fracture de verge survenus strictement par faux-pas de coït.

Observations

1^{ère} observation

Mr A.U, 50 ans, a été admis aux services des urgences 16 heures après la survenue d'un faux-pas de coït. L'accident serait survenu lors d'un rapport sexuel consentant avec sa conjointe. Il s'en est suivi une douleur vive, une détumescence rapide de la verge avec la constitution d'un œdème progressif. C'est l'apparition d'une urétrorragie traitée par automédication traditionnelle et moderne sans succès qui a motivé son admission.

L'examen physique a objectivé un état hémodynamique satisfaisant, une verge tuméfiée, flaccide, sans défaut lors de la palpation des corps caverneux. Après un bilan fait de groupe sanguin et du taux d'hémoglobine, l'exploration chirurgicale a été faite par une incision sous coronale puis déshabillage de la verge. Il a été noté un hématome du corps spongieux avec une rupture urétrale médio-pénienne sans atteinte du corps caverneux. Il a bénéficié alors d'une évacuation de l'hématome, une urétrorraphie anastomotique sur sonde tutrice CH 18 à 2 voies. L'ablation de la sonde urinaire a été faite au 15^{ème} jour post-opératoire. Le traitement médical a été fait d'acétate de cyprotérone (Androcur® 100 mg/12h) pendant 14 jours ; anti-inflammatoire (kétoprofène 100mg/12h) ; antibioprophylaxie (ceftriaxone 1g/12h) pendant 5 jours et d'anxiolytique (diazépam 10mg/24h). Un isolement de tous stimuli sexuels a été conseillé au patient. Il a été mis en exéat au 5^{ème} jour post-opératoire avec un relais per os de son traitement. L'évolution a été favorable avec bonne reprise de l'érection et une miction normale et satisfaisante au 3^{ème} mois post-opératoire.

2^{ème} observation

Mr A AK, 38 ans, admis aux urgences pour une infiltration de la verge suite à un faux-pas de coït survenu 5h auparavant au cours d'un rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle qu'il voulait à tout prix garder secret. La position adoptée était la femme au dessus. Il a rapporté en plus de la symptomatologie précédente une sensation de craquement sans notion d'urétrorragie ni de trouble mictionnel. Il s'agit d'un patient hypertendu connu et suivi depuis 4 à 5 ans et ayant subi 2 interventions chirurgicales portant sur les bourses de nature non précisée. L'examen physique a permis d'objectiver une verge latéro-déviée à droite et une légère induration douloureuse de la région

pénoscrotale. L'exploration chirurgicale par le même procédé que précédemment a noté une rupture du corps caverneux droit à la jonction pénoscrotale. On a procédé à une albuginorrhaphie droite. Le traitement médical a été systématique et fait d'acétate de cyprotérone (Androcur® 100mg/12h) pendant 14 jours ; anti-inflammatoire (kétoprofène 100mg/12h) ; antibioprophylaxie (ceftriaxone 1g/12h) pendant 5 jours et d'anxiolytique (diazépam 10mg par 24h). L'évolution sous ce traitement a été favorable et il a été mis en exéat le 4^{ème} jour post-opératoire. Le patient a été revu en consultation au 3^{ème} mois et son examen était sans particularité, il signale avoir retrouvé une bonne érection lui permettant d'assurer des rapports sexuels satisfaisants.

3^{ème} observation

Mr O.R, âgé de 38 ans, a été admis en urgence 4h après un faux-pas de coït avec sa conjointe. La position adoptée lors de l'accident était celle dite "de missionnaire". Le patient aurait heurté sa verge contre le pubis de la conjointe. Il s'en est suivi une sensation de craquement, douleur vive et détumescence progressive. La survenue d'une urétrorragie minime suivie d'une rétention aiguë d'urine a motivé son admission. L'examen a révélé une déformation de la verge qui est œdématisée, latéro-déviée à gauche avec un défaut à la palpation du corps caverneux gauche [Figure n°1].

Par ailleurs on a retrouvé un globe vésical. L'exploration chirurgicale, faite en urgence selon le même procédé que les deux précédents a retrouvé une rupture urétrale associée à une rupture du corps caverneux gauche au tiers moyen de la verge comme le montre la figure n°2 avec un important hématome.

On a procédé à une albuginorrhaphie et à une urétrorraphie sur sonde tutrice CH 18 qu'il a gardée pendant 15 jours.

Le traitement médical a été institué à savoir : l'acétate de cyprotérone (Androcur® 100mg)

• Fracture de la verge... •

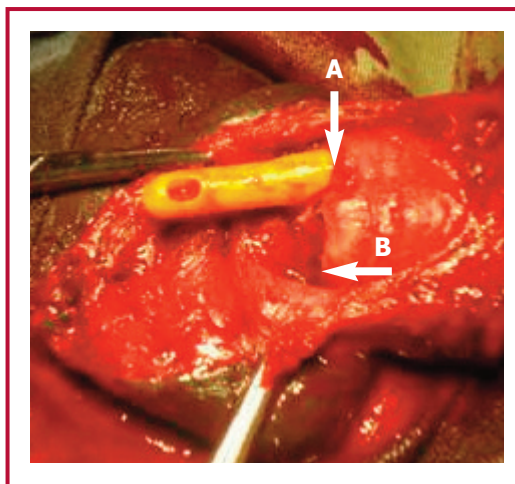
Photo 1 : Fracture de verge : notez l'angulation de la verge



Photo 2 : Fracture de verge avec œdème important et invagination du gland en doigt de gant



Photo 3 : Vue per opératoire d'une fracture de verge. Présence de lésion urétrale : la sonde placée par le méat sort au travers du défaut (A) ; présence de rupture de corps caverneux (B)



pendant 14 jours ; antalgique (paracétamol 1g/12h) ; anti-biophylaxie (ceftriaxone 1g/12h) pendant 5 jours et d'anxiolytique (diazépam 10mg/24h) et isolement de tous stimuli sexuels dans la mesure du possible.

L'évolution a été favorable et le patient mis en exéat au 5^{ème} jour post-opératoire. Un contrôle fait au 3^{ème} mois post-opératoire a noté une miction normale, une bonne reprise de l'érection. Une urétrocystographie réalisée a objectivé une bonne perméabilité urétrale.

4^{ème} observation.

Mr M.P, âgé de 31 ans, reçu pour déformation de la verge, 1 h après un faux-pas de coït survenu avec une partenaire occasionnelle. La position adoptée n'a pu être précisée.

Ses plaintes étaient faites de douleur au tiers moyen de la verge, une notion de craquement de la verge lors de l'accident suivi d'une détumescence. Il aurait eu une miction normale juste après l'accident et les urines seraient claires. L'examen clinique a noté un défaut du corps caverneux gauche sur une verge non tuméfiée [figure n°3].

L'exploration chirurgicale réalisée en urgence a permis d'objectiver une rupture du corps caverneux gauche sans lésion urétrale.

La cavernorrhaphie a été réalisée et le patient mis sous traitement médical à base d'acétate de cyprotérone (Androcur® 100mg) pendant 14 jours ; antalgique (paracétamol 1g/12h) ; antibiophylaxie (ceftriaxone 1g/12h) pendant 5 jours et d'anxiolytique (diazépam 10mg par 24h).

Il a été plus ou moins isolé de tous stimuli sexuels.

L'évolution a été aussi favorable comme dans les cas précédents avec un contrôle au 3^{ème} mois post-opératoire satisfaisant sans douleur résiduelle ni trouble de l'érection.

Discussion

L'incidence des fractures de verge reste encore faible comme en témoigne SYLLA et coll. [3]. Elle pourrait être sous-estimée selon SOW et coll. [4] du fait des appréhensions socioculturelle et juridique. D'une part, dans certaines cultures particulièrement en Afrique, parler du sexe ou des pathologies du sexe demeure encore un sujet tabou. Ceci traduit la peine de ces patients à se porter vers un agent de santé pour recevoir des soins adéquats.

D'autre part le fait que ce traumatisme survienne dans un contexte d'infidélité pourrait avoir un impact juridique sur la vie conjugale ce qui amènerait les patients à éviter l'agent de santé sous peine de se faire dévoiler par ignorance du secret médical. Pour certains, on pourrait lier l'accident à un règlement de compte spirituel. Ainsi la solution est d'abord cherchée au plan traditionnel, ce qui peut expliquer le délai d'admission plus ou moins long dans certains cas. Dans notre travail le délai le plus long était de 16h et le plus court de 1h. Ceci se rapproche des résultats de SIMONIN et ceux de RAZA [2, 5].

Pour plusieurs auteurs, la fracture de verge par faux-pas de coït est l'apanage de l'adulte jeune. Il s'agirait de l'âge d'intense activité sexuelle, d'usage d'aphrodisiaques évoqués par SIMONIN et coll. [2]. 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. SIMONIN et coll. [2] ont trouvé que la position adoptée était souvent «la femme au-dessus», ce qui limite tout contrôle par l'homme. Le faux-pas survient alors par contact violent du pénis avec le pubis ou le périnée féminin. Dans notre étude, deux de nos patients avaient adopté cette position. La symptomatologie clinique reste la même en cas de fracture de verge simple.

Il s'agit de la notion de craquement, de douleur vive, l'augmentation du volume de la verge, la constitution de l'œdème et de l'hématome et de la déformation de la verge. Ce même constat a été fait par l'équipe de LEANDRO et coll. [6].

En cas de lésion urétrale associée [figure n°2], on peut assister à une urétrorragie comme chez deux de nos patients, une rétention aiguë d'urine en cas de rupture urétrale complète comme nous l'avons noté dans notre étude. 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 qui a été aussi souligné par TOUITI et coll. [7], peut être d'origine réflexe lié à la douleur. En urgence aucun bilan paraclinique n'a été indispensable en dehors du bilan préopératoire car le diagnostic était plus ou moins évident et rien ne devrait retarder la prise en charge chirurgicale afin de préserver le pronostic fonctionnel de la verge. Il en a été de même dans la série de SIMONIN et coll [2]. Certains examens ont été évoqués dans les formes frustres par SIMONIN et coll. [2]. Il s'agit de la cavernographie et de l'échographie qui sont d'accès facile mais de bonne sensibilité en de mains entraînées.

L'atteinte de l'arbre urinaire pourrait être explorée par l'urographie intraveineuse, l'urétrocystographie rétrograde et même l'urétroscopie évoquées par SYLLA et coll. [3].

L'exploration chirurgicale en urgence est d'une importance capitale car elle permet un bilan lésionnel précis jusque là sur ou sous-estimé par un important hématome. L'atteinte caverneuse est de siège variable. Elle siège en majorité au tiers moyen de la verge dans notre étude. Pour LEANDRO et coll. [7], la rupture siège dans 50% à l'angle pénoscrotal.

La disposition anatomique de l'urètre par rapport au corps spongieux fait que sa lésion est souvent accompagnée de celle de ce dernier. TOUITI et coll. [7] rapportent que le taux d'atteinte urétrale [figure n°3] dans les ruptures de corps caverneux est de l'ordre de 10 à 20%.

L'abord chirurgical est variable en fonction des lésions suspectées tout en préservant le pronostic fonctionnel de l'organe. A l'instar des équipes de OULD, SYLLA et TOUITI [1, 3, 7], nous avons pratiqué une incision sous-coronale avec dégantage de la verge qui permet une meilleure exposition des lésions surtout en cas d'atteinte urétrale associée. Selon TOUITI et coll. [7], elle est peu contributive en cas de lésion siégeant à l'angle pénoscrotal où il préfère une incision médiane ventrale sur la lésion. L'utilité de l'incision sous coronale pourrait être la liberté de glissement du fourreau de la verge qu'elle conserve ce qu'empêcherait la fibrose cicatricielle issue de la confrontation de la suture caverneuse et celle de la peau dans l'abord direct.

Trois objectifs sont visés dans le traitement médicamenteux. Il doit être antalgique, anti-infectieux et inhibiteur de l'érection.

Ceci a donné de bons résultats, avec une bonne reprise de l'érection, et une miction satisfaisante dans certains cas, aussi bien dans notre travail que dans la plupart des séries comme celles de SYLLA et TOUITI [3, 7]. Toutefois des complications évoquées par TOUITI et coll. [7] sont possibles malgré ce traitement et peuvent être à type d'infection d'urolhématome avec installation d'un phlegmon, angulation irréductible de la verge, les troubles érectiles, la sténose urétrale et les fistules uréthro-caverneuses ou uréthro-cutanées.

L'évolution de nos patients a été favorable après un recul de trois mois ce qui concorde avec les résultats obtenus par MURTAZA et coll. [8].

Conclusion

La fracture de verge bien que rare, constitue une urgence en urologie.

Sa prise en charge doit être précoce afin de préserver le pronostic fonctionnel de l'organe et parfois le pronostic vital en cas d'association de lésion urétrale. Cette prise en charge est basée sur la chirurgie qui sera à la fois diagnostique et thérapeutique.

Références

1. OULD TFEIL Y, OUD ELMOCTAR C.A, CA M.O, OULD JDOUD C. Les urgences urologiques au centre hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *J Androl* 2010 ; 20:144-7.
1. SIMONIN O, CARCENAC A.H, DELAPPARENT T, KARSENTY G, SERMENT G. Traumatisme de la verge et des organes génitaux, *J Androl* 2006 ; 16 (3) : 187-96.
3. SYLLA C, DIALLO A.B, FALL P.A, GUEYE S.M, NDOYE A, THIAM O.B, et coll. Fracture de verge : A propos de 12 cas, *J Androl* 2000 ; 10 (4) : 407-11.
4. 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.

5. RAZA M K, MASUD A M, MUHAMMAD J, DELAWAR K, IFTIKHAR H.S. Penile fracture : Experience at Ayub Teaching Hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008 ; 20 (4) : 49-50.
6. LEANDRO K, ANDRÉ G.C, CARLOS H.M, DAIBES R.F, LUCIANO A.F. 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. Propos de 2 observations, *Prog Urol* 2000 ; 10 : 465-8.
8. MURTAZA B, AKMAL M, NIAZ W.A, AHMAD H, MAHMOOD A. Fracture penis with complete urethral disruption during intercourse. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2009 ; 21 (3) : 176-8.