



ISSN NO. 2320-5407

Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13992
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13992>



INTERNATIONAL JOURNAL OF
ADVANCED RESEARCH (IJAR)
ISSN 2320-5407
Journal Homepage: <http://www.journalijar.com>
Journal DOI: 10.21474/IJAR01

RESEARCH ARTICLE

PRISE EN CHARGE DE LA FRACTURE DE PENIS A L'HOPITAL DE SIKASSO: A PROPOS DE 7 CAS
*Salifou Traore*¹; *Ousmane Dembele*¹, *Soumaila Traore*⁵, *Aly B Diallo*², *Moussa KANTE*³, *Layes Toure*⁴,
*Abdoulaye Sanogo*⁶, *Ange Dembele*⁶, *Bathio Traore*², *Moussa Diassana*², *Ternan Traore*⁴, *Kateneme S Ouattara*¹..

1 Service d'urologie. 2 Service de chirurgie générale.

3 Service d'anesthésie-reaanimation 4 Service de Traumatologie.

5 Service de gyneco-obstetrique. 6 Service d'imagerie Hôpital de Sikasso, Sikasso ville/MAL

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 October 2021

Final Accepted: 29 November 2021

Published: December 2021

Key words:-

Fracture De Penis, Corps Caverneux,
 Abord Electif, Albuginorrhaphie,
 Dysfonctionnement Erectile

Abstract

Contexte : la fracture de verge est une de nos rares urgences urologiques.

Objectif : Analyser les aspects épidémio-cliniques, thérapeutique de la fracture de pénis et procéder à une revue de la littérature

Matériels et méthode : Etude rétrospective des patients admis pour fracture de verge dans notre service entre juillet 2017 et octobre 2019. Les informations relatives à l'âge, le statut matrimonial, les circonstances de survenue du traumatisme, les signes cliniques et iconographiques ainsi que le traitement, ont été analysés. **Résultat :** Sept patients ont été colligés dont 5 mariés et 2 célibataires. Age moyen : 35.42ans (19 – 65ans).

Le mécanisme dominant (71.50%) est le faux pas du coït .Sur la base de la clinique, l'échographie nous a permis d'établir le diagnostic. Une prise en charge chirurgicale(PEC) urgente a été adoptée pour cinq patients reçus dans un délai court et celle des deux vieux fut conservative. L'albuginorrhaphie a été effectuée par abord électif chez 4 patients et sous coronale circonférentielle avec dégantage chez un patient.

La durée moyenne de séjour (DMS) : 2.80jours (1 – 7jours).A l'issue de 6 mois de suivi, les cinq patients ayant bénéficiés d'une PEC urgente, ont présentés un résultat excellent sur le plan esthétique et fonctionnel pendant que le résultat a été jugé médiocre (Plaque fibreuse, score IIEF-5 <7) chez les deux vieux.

Conclusion : La fracture du pénis est une des rares urgences urologique. L'échographie est un examen simple non invasif et accessible dont l'apport dans le diagnostic est certain; mais le choix de l'abord chirurgical doit être basé sur la clinique .la PEC urgente est nécessaire pour améliorer le pronostic.

Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.

Corresponding Author: Dr Salifou I TRAORE; Urologue MD PhD; Email traorelifisaka@yahoo.fr

Introduction:-

La fracture du pénis est une rupture accidentelle de la tunique albuginée et du corps caverneux sous-jacent favorisant ainsi une collection de sang dans les différents espaces sous-jacents. Dans le milieu occidental le faux pas du coït chez les jeunes adultes lors de mouvement de copulation énergique reste le mécanisme dominant ; mais ailleurs d'autres mécanismes sembleraient être en cause dans la fracture du pénis [1,2]. Elle est l'une des rares urgences rencontrées dans nos services d'urologie. Malgré que la fracture de pénis soit de diagnostic facile, on assiste pourtant à un délai de prise en charge assez long sinon à l'absence totale de prise en charge, chose qui peut compromettre le pronostic urogénital. L'objectif de la présente étude est de procéder à une évaluation de la prise en charge des cas de fracture de pénis admises dans notre service ainsi qu'à une revue de la littérature.

Matériels Et Méthodes:-

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de 7 cas de fracture de pénis admis et traités à l'hôpital de Sikasso durant la période de Juillet 2017- octobre 2019.

Les registres de consultation externe, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire ont été utilisés pour collecter les informations suivantes: Age, statut matrimonial, mode de survenue de l'accident, signes cliniques; le délai d'admission, la modalité thérapeutique et le résultat de la prise en charge thérapeutique.

Age moyen : 35.42ans (19-65ans). Délai moyen de PEC : 118heures (2-480heures)

La PEC chirurgicale en urgence ou en urgence différée. Durant laquelle, nous avons procédé, sous anesthésie locale régionale soit en une incision élective longitudinale sur le siège de la lésion soit une incision sous coronale avec dégantage du pénis ; suivi d'une évacuation de l'hématome, évaluation des lésions, albuginorrhaphie en point séparé au Vicryl 2/0 et de la mise en place d'une sonde urétrale type Foley.

Traitement antibioprophylactique à base de 2.0 g ceftriaxone a été institué dans la période péri opératoire et chaque patient a reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques ainsi qu'un traitement à base de benzodiazépine la nuit de l'acétate de cyproterone pour inhiber les érections intempestives pendant 2 semaines.

Patients admis 10 jours après l'accident, ont bénéficié de traitement conservateur :

Acétate de cyproterone 100mg/jour, diazépam 10mg/Nuit et la Vitamine E forte. 3-6 mois post thérapeutique, le résultat est évalué sur le plan esthétique et fonctionnel.

Résultat:-

7 cas de fracture de verge colligés en 27 mois soit une prévalence de 1.40% sur l'ensemble de nos urgences urologiques. Nos patients étaient surtout des hommes mariés dont 4 polygames et deux célibataires ; 5 résidant à Sikasso ou environnant et deux provenant de la Côte d'Ivoire ; quatre sont agriculteurs, un orpailleur traditionnel, un chauffeur et un élève. L'étiologie la plus fréquente soit 71.50% est le faux pas du coït, la seconde étiologie est la tentative de détumescence par manipulation forcée soit 28.50%. (Tableau 1).

Dans l'anamnèse on retrouve chez tous nos patients soit 100% une notion de craquement audible lors de l'accident suivi d'une douleur violente, d'une détumescence immédiate et d'une déformation progressive du pénis.

L'examen physique : Trois patients vus à moins de 72 heures après l'accident révèlent un pénis déformé, augmenté de volume, un œdème et un hématome limités à la verge avec une peau lisse et tendue de coloration rouge violacée. Déviation controlatérale latérale de l'axe du pénis ; la bourse de volume et d'aspect normal (Photo 1). On note également une urétrorrhagie et les difficultés mictionnelles chez un patient.

Les patients vus dans un délai de 10 et 20 jours présentent respectivement un pénis tuméfié avec une inflammation diffuse à la base, un pénis d'aspect morphologique normal mais présentant une plaque fibreuse dure à la base dorso-latérale gauche et une déviation homolatérale légère de l'axe du pénis. Le diagnostic de fracture de pénis a été établi à 100% sur la base de l'anamnèse, l'examen physique et du résultat de l'examen échographique. La rupture du corps caverneux est transverse ou oblique, localisée sur la face dorsale, mesurant environ 2-3cm ; unilatérale droite chez 6 patients et unilatérale gauche chez un patient. Cette rupture du corps caverneux est ventrale, unilatérale gauche associée à une lésion urétrale chez un patient. Le bilan lésionnel per opératoire était 80% conforme au diagnostic établi par l'échographe. Cinq patients soit 71% des patients ont bénéficié d'une PEC chirurgicale urgente. Une

incision éleative sur le siège de la lésion ou sous coronale circonférentielle avec dégantage du pénis. (Photo 2,3).Les sondes uretro-vésicales ont été maintenues seulement pour 24 heures à l'exception du patient qui présentait une lésion urétrale.LaDMS hospitalier était de 2.80jours (1-7jours).L'évaluation de la PEC avec un recul de 6 mois donne un résultat cosmétique satisfaisant et le résultat fonctionnel sur la base du IIEF-5 est jugésatisfaisant (IIEF-5 score >20) chez5 patientsopérés et mauvais (IIEF-5 score<7) chez les deux patients qui ont bénéficié d'une prise en charge tardive et médicaleconservatoire.

Tableau 1

Num	Statut Matrimonial	Signes cliniques	Mécanisme	Bilan lésionnel	PEC	Résultat
1	Célibataire	Déformation,déviatiion gauche axe du pénis	TDTM	Rupture CCD	AIS	Bon
2	Marié Polygame	Déformation,déviatiion gauche axe du pénis	FPDC	Rupture CCD	AIS	Bon
3	Marié monogame	Déformation,déviatiion gauche axe du pénis	FPDC	Rupture CCD	AIS	Bon
4	Célibataire	Déformation,déviatiion gauche axe du pénis	TDTM	Rupture CCD	AIS	Bon
5	Marié Polygame	Palpation plaque fibreuse a la base du pénis	FPDC	Calcification fibreuse a la base du CCD	TC	Mauvais
6	Marié Polygame	Déformation, déviatiion droite axe du pénis Dysurie Uretrorragie	FPDC	Rupture CCG Rupture CS	ADC	Bon
7	Marié Polygame	Palpation de plaque fibreuse a la base du pénis	FPDC	Calcification fibreuse base du CCD	TC	Mauvais

TDTM :tentativedétumescence par torsion manuelle ;CS :corps spongieux ;FPDC : faut pas du coît CCD: corps caverneux droit ;CCG: corps caverneux gauche ;AIS :albuginorrhaphie par incision sélective ;ADC :albuginorrhaphie dégantage par incision circonférentielle ;TC traitement conservateur



Photo 1:- fracture du corps caverneux droit avec œdème et déviation controlatérale.



Photo 2:- Image per opératoire, abord sélectif montrant une plaie du CCD.

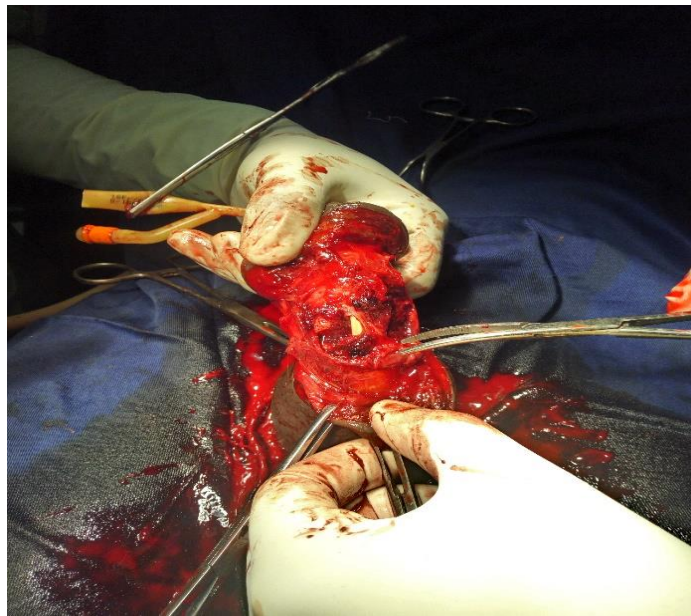


Photo 3:- Image per op, dégantage incision sous coronale circonférentielle, rupture du CCG et du corps spongieux.

Commentaire :

La fracture du pénis correspond à une rupture de la gaine fibreuse couvrant les corps caverneux appelée albuginée. Elle est élastique et épaisse à l'état flasque, pendant que durant l'érection, à mesure que la pression intra caverneuse augmente avec l'afflux de sang, parallèlement à l'endurcissement du pénis, l'albuginée s'amincit et devient rigide. Chose qui rend le pénis sujet à la rupture en cas de résistance importante sur son axe ou en cas de torsion brusque. Cette série comme d'autres [3] confirme la rareté de cette pathologie ou seulement 7 cas de fracture de verge ont été collectés en 27 mois activités, soit une prévalence de 1.40% des urgences urologique. Dans le monde occidental ou on assiste depuis fort longtemps à une vulgarisation de l'éducation sexuelle, le mécanisme dominant reste le faux pas du coït au cours d'un rapport hétérosexuel énergique et vigoureux, lorsque le pénis glissant hors du vagin, percute le pubis ou le périnée du partenaire et entraîne une torsion brusque.

Par contre nos observations corroborent avec la littérature quand aux difficultés rencontrées par les praticiens pour préciser le mobile et les circonstances exactes du traumatisme dans des pays comme le nôtre ou les mœurs et

coutumes entretiennent toujours un tabou autour de la sexualité. Contrairement à la conception générale ou l'énergie déployée par les jeunes lors des rapports sexuels est incriminée ; le mécanisme évoqué par nos deux jeunes est, comme dans d'autres séries orientales [4,5] la tentative de détumescence par manipulation forcée. Alors que les deux personnes âgées, ont surtout été victimes d'un faux pas du coït lors d'un rapport énergique et vigoureux dont un en position femme dessus. Du point de vue anatomopathologique, on note une similitude entre notre observation et la littérature.

Les fractures sont surtout unilatérales droites, localisées sur la partie inférieure du corps caverneux avec un trait de fracture transverse ou oblique.

Nos observations ont aussi prouvé que la symptomatologie clinique varie selon le délai d'admission et la nature des lésions. Les patients vus précocement présentent un œdème, un hématome et une déviation controlatérale du pénis, associée d'uretorrhagie et une dysurie lorsqu'il y a une atteinte urétrale. Par ailleurs la limitation de l'hématome à la verge et l'absence d'hématome en aile de papillon prouvent l'absence d'ouverture du fascia de Buck. Quand aux patients vus tardivement, c'est surtout la douleur ou les troubles de fonctionnement sexuel qui est le motif de consultation et l'examen physique retrouve généralement une plaque fibreuse et une déviation homolatérale du pénis.

La manifestation clinique évocatrice, à savoir : craquement audible suivi de douleur violente et d'une détumescence immédiate associée à une déformation progressive du pénis ont permis de poser le diagnostic sans aucune difficulté. Malgré les risques de surinfection et de fibrose des corps caverneux, la cavernographie reste l'examen privilégié par certaines équipes [6] pour matérialiser la plaie albuginée. Cependant, comme suggérer par d'autres équipes [7,8], l'ultrasonographie faite sur la base d'un examen clinique minutieux nous a permis de confirmer le diagnostic et de faciliter notre abord chirurgical.

Contrairement à certains auteurs [9,10] qui conçoivent la chirurgie des fractures de pénis comme une chirurgie exploratrice. Nous avons préféré un abord sélectif car moins traumatisant et peu sujet à des complications, surtout quand il n'y a pas de signe évident d'une atteinte urétrale. Conformément à la littérature [11,12], même effectué avec un léger retard, la PEC chirurgicale donne toujours un résultat plutôt satisfaisant aussi bien sur le plan cosmétique que fonctionnel. Les deux autres patients qui surement pour des raisons d'ignorance et de pudeur ont raté cette opportunité, traînent un dysfonctionnement érectile sévère et une plaque fibreuse dure à la base des corps caverneux.

Conclusion:-

La fracture du pénis est une des rares urgences urologiques, fréquente chez l'adulte jeune, mais dont les personnes âgées ne sont pas à l'abri. L'échographie est un examen simple non invasif et accessible à tous dont l'apport dans la confirmation du diagnostic est non négligeable. Mais par rapport au choix de l'abord chirurgical on doit toujours tenir compte de la clinique. Une éducation sexuelle continue est nécessaire non seulement pour éviter pareils accidents mais aussi emmener ces patients à solliciter une prise en charge rapide, afin d'améliorer le pronostic.

Références:-

1. Sawl SL, O'Leary MP, Ferreira MD, Berry AM, : fracture penis. A review. Int J Impot Res 2008; 20 4:366-69.
2. Pattel A, Kotkin L: Isolated urethral injury after coitus related penile trauma. J trauma 2010; 68 4 E89-E90
3. L. Niang, I. Thiam, M. Doye etc. La fracture de verge à Dakar. A propos de 25 cas. Andrologie (2012) 22:263-267.
4. Zargoushi J. Penile fracture in Kermanshah Iran: report of 172 cases urol 2000; 164:364-6
5. El sherif AE, Dauleh M, Allowneh N. Management of fracture of the penis in Qatar. Br J Urol 1996 ; 68 :622-625
6. Cendron M, Whitmore KE, Carpiniello V et al. Traumatic rupture of corpus cavernosum. Evaluation and management Urol 1990; 144:987-991.
7. Hoekx W, Wyndaele JJ. Fracture de verge. Intérêt de l'échographie dans la localisation de la fracture du corps caverneux. Acta Urol Belg 1998 ; 66 :23-25
8. Ciciliato S, Bucci S, Liguari G, Marega D, Trombetta C. 2002 Ultrasonographic diagnosis of penile fracture. Arch Ital Urol Androl 74:302.
9. Asgari MA, Hosseini SY, Safarinejad M etc. Penile fracture: evaluation therapeutic approaches and long-term results. J Urol 1996; 155:48-49
10. Mamdouh Osman. Fracture of the penis: surgical management. Med J Cairo Univ 1994; 62(1):65-69
11. Kallash SS, Young JD Jr : Fracture of penis controversy of surgical versus conservative treatment. Urology 1984; 24:21-24
12. Wespes E, Libert M, Simon J, Schulman CC. Fracture of the penis conservative versus surgical treatment. Eur Urol 1987; 13:166-168.