



Les fractures de la verge

Penis fracture

تمزق القضيب

M. Drissi, T. Karmouni, K. Tazi, K. El Khader, A. Koutani, A. Ibn Attia, M. Hachimi.

المخلص : هدف عملنا هو توضيح أهمية العلاج الجراحي العاجل لتمزق القضيب، والتقييم على المدى الطويل للنتائج والمضاعفات وذلك من خلال مراجعتنا لملفات مرضانا. الأدوات والطرق : تعتمد هذه الدراسة على تحليل إستعادي لـ 90 حالة تمزق القضيب تم علاجهم جراحياً بمصلحتنا ما بين 2006-1989، يتراوح عمر المرضى بين 17 و 74 عاماً. النتائج : في 60 مريض (66.6%) سبب التمزق كان التحرك البيوي الخطأ للقضيب في حالة الإنتصاب؛ الإنقلاب بالفراش لدى 15 مريض (66.6%)، والحركة الخاطئة أثناء العلاقة الجنسية لدى 6 مرضى. تم علاج 72 مريض خلال أقل من 24 ساعة (80%)، 18 حالة بعد مضي 24 ساعة من حدوث التمزق الشرجية كانت مختارة لدى 84 مريض (93.3%) ودائرية لدى 6 مرضى، لوحظ تواجد أربع تمزقات إحليلية غير تامة (4.4%) والذي إستدعى إصلاح بغرزة إحليلية مع قلبية لمدة 10 أيام. معدل مدة الإستشفاء هو 1.5 يوم، مدة المتابعة كانت بين 4 أشهر و 6 سنوات، ولم يواصل 25 مريضاً المتابعة نتائج العلاج كانت مرضية لأغلب المرضى مع استرجاعهم لنشاطهم الجنسي بشكل طبيعي. لوحظ وجود إعوجاج للقضيب لحالتين (2.2%)، وعقيدة ندبية لخمس حالات (5.5%). الخلاصة : تمزق الجسم الكهفي للقضيب يعتبر من الحالات النادرة وتشخيصه إكلينيكيًا وللحصول على نتائج ممتازة لمدى طويل يبقى العلاج الجراحي العاجل هو الوسيلة الوحيدة المضمونة للحصول على تقدم وظيفي جيد.

Résumé : **Objectif :** souligner l'intérêt d'un traitement chirurgical immédiat dans les fractures de la verge et évaluer à long terme les résultats et les complications en revoyant les dossiers de nos patients.

Matériel et méthodes : ce travail est basé sur l'analyse rétrospective de 90 dossiers de patients de 17 à 74 ans, opérés dans notre institution pour des fractures du pénis entre 1989 et 2006.

Résultats : Le mécanisme de la fracture était une fausse manipulation de la verge en érection chez 60 malades (66,6%), un retournement au lit chez 15 malades (16,6%) et un faux pas du coït chez six malades. 72 patients ont été pris en charge dans un délai de moins de 24 heures (80%). 18 malades ont été admis après 24 heures du traumatisme. L'incision était élective chez 84 patients (93,3) et circonférentielle chez six malades. Quatre lésions urétrales incomplètes ont été observées (4,4%) et ont nécessité une réparation par suture urétrale et modelage pendant 10 jours. La durée moyenne de séjour de 1,5 jour. Le recul est 4 mois à 6 ans. 25 patients ont été perdus de vue. L'évolution était favorable chez presque tous les autres malades avec reprise d'une activité sexuelle normale. On a noté deux cas (2,2%) de coudure de la verge et cinq patients (5,5%) ont présenté un nodule cicatriciel.

Conclusion : la rupture des corps caverneux est une pathologie rare. Le diagnostic est clinique. Les résultats excellents à long terme du traitement chirurgical urgent font de lui le seul garant d'un bon pronostic fonctionnel.

Mots clés : corps caverneux, fracture.

Abstract : **Objective:** to underline the interest of an immediate surgical treatment of penis fracture and to evaluate the long term outcomes and the complications through reviewing the files of our patients.

Methods: this work is based on a retrospective analysis of 90 files of patients aged between 17 to 74 years, operated in our institution for penis fracture in the period between 1989 and 2006.

Results: The mechanism of the fracture was wrong manipulation of the penis during erection in 60 patients (66,6%), a reversal in bed in 15 patients (16,6%) and wrong step of coitus in six patients. 72 patients were taken in charge in a delay of less than 24 hours (80%). 18 patients were admitted after 24 hours. The incision was elective in 84 patients (93, 3%) and circumferential in six patients. Four incomplete urethral lesions were observed (4, 4%) and necessitated a repair by urethral suturing and modelling for 10 days. The average length of the hospitalization was 1, 5 day. The follow-up is 4 months to 6 years. 25 patients were lost during follow-up. The evolution was favourable with most of the patients who resumed normal sexual activity. We had two cases (2, 2%) of coudee curvature of the penis and five patients (5, 5%) presented with nodular scar.

Conclusion: the rupture of the cavernous body is a rare pathology. The diagnosis is clinical. The excellent long term results is by immediate surgical treatment which assured good functional prognosis.

Key Words : cavernous bodies, fracture.

Tiré à part : M. Drissi, service d'urologie B - Hôpital Ibn Sina -Rabat- Maroc.

Introduction

Les traumatismes de la verge sont peu fréquents, mais graves par les complications urinaires et sexuelles qu'ils entraînent. Cette pathologie reste relativement fréquente au Maghreb, puisque près de la moitié des cas, colligés de par le monde, proviennent de cette région [1, 2]. Nous avons voulu par cet article faire le point sur les aspects étiologiques, cliniques et thérapeutiques devant ces lésions et comparer, à travers une revue de la littérature, les résultats et les complications, à long terme, du traitement chirurgical précoce.

Matériel et méthodes

De 1989 à 2006, 90 cas de fractures des corps caverneux ont été vus aux urgences dont un ayant présenté successivement deux fractures de la verge. Plusieurs paramètres ont été évalués dans notre étude à savoir l'âge, le mécanisme, le délai de la prise en charge, les lésions associées, le traitement et l'évolution à long terme.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 32 ans avec des extrêmes de 17 à 74 ans. La majorité des patients était célibataire (76%). L'heure de survenue de la fracture était surtout matinale coïncidant avec l'érection matinale classique.

Le mécanisme, rapporté par les patients, a été une manipulation forcée de la verge en érection chez 60 malades (66,6%) soit par une autoflexion du pénis (64%), soit par abaissement brutal du pénis pour faire disparaître une érection désagréable dans un contexte socio familial pudique et de promiscuité (36%). Par ailleurs une habitude de craquer le pénis chaque matin a été retrouvée dans trois cas. Un retournement sur le pénis en érection pendant le sommeil chez 15 malades (16,6%) et un faux pas du coït chez six malades seulement (6,6%). La masturbation a été notée dans six cas.

Le délai de consultation était de quatre heures en moyenne. 18 patients ont consulté au delà de 24 heures.

L'examen clinique retrouvait à l'inspection une tuméfaction pénienne siégeant en regard de la fracture avec déviation du pénis du côté sain, des ecchymoses et un œdème pénéo-scrotal. Quatre patients ont présenté une uréthrorragie (4,4%).

Tous nos patients ont bénéficiés d'un traitement chirurgical en urgence. La voie d'abord était essentiellement élective longitudinale (84 cas). L'incision était circonferentielle sur le sillon balano-préputial dans six cas. La majorité des fractures était unilatérale, souvent unique localisée à droite proche de la racine du pénis (figure 1). Deux cas de fractures bilatérales ont été retrouvés en association avec

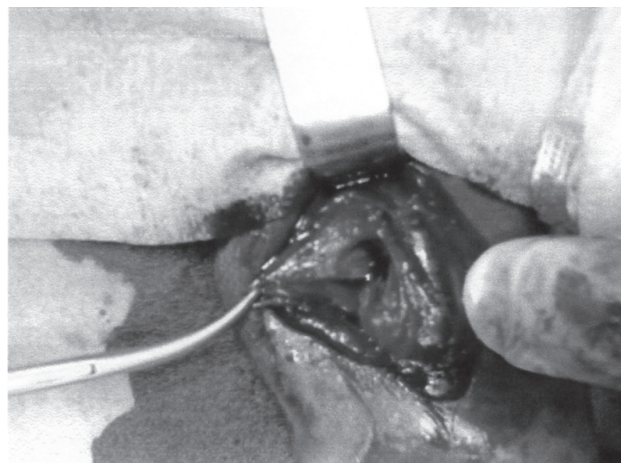


Figure 1 : fracture du pénis. L'incision longitudinale élective et rupture de l'albuginée du corps caverneux

les lésions urétrales. Dans trois cas, on a découvert deux traits de fractures associés. On a réalisé une évacuation de l'hématome, hémostase et suture de l'albuginée par du fil à résorption lente. Une sonde vésicale était maintenue pendant 24 heures. Quatre lésions urétrales ont été observées, elles étaient incomplètes. Ces lésions urétrales ont été réparées dans le même temps opératoire par suture simple avec un drainage vésical et modelage de l'urètre pendant 10 jours. Un pansement compressif sur la verge allongée sur l'abdomen était réalisé en post-opératoire immédiat. Une abstinence sexuelle a été recommandée pendant un mois

avec une prescription du diazépam à raison de 2 à 3 prises par jour pendant 2 semaines pour supprimer l'érection.

Le recul était de 2 ans en moyenne avec des extrêmes de 4 mois à 6 ans. Les suites immédiates étaient simples dans tous les cas (figure 2), avec une moyenne de séjour hospitalier de 1,5 jour. A long terme, 25 malades ont été perdus de vue. Pour les 65 patients, l'évolution de ces patients était favorable sans séquelle dans 58 cas, cinq patients (5,5%) ont présenté une fibrose cicatricielle et deux patients (2,2%) ont eu une coudure de la verge. Aucun cas d'impuissance sexuelle n'a été rapporté. Des urétrocystographies rétrogrades de contrôle ont été réalisées chez les patients ayant des lésions urétrales associées. Aucun cas de sténose de l'urètre n'a été retrouvé.



Figure 2 : aspect post-opératoire d'une fracture de la verge

Discussion

La fracture des corps caverneux est une pathologie peu fréquente avec une prédominance dans le Moyen Orient et les pays du Maghreb [1- 4]. Elle se définit par la rupture de l'albuginée et survient quasi-exclusivement sur un pénis en érection. Cette rupture peut s'étendre au corps spongieux et à l'urètre [5-7]. Selon la littérature, il s'agit d'une pathologie de l'adulte jeune avec un âge moyen de 28,9 ans [8, 9] (32 ans dans notre série). Ces lésions sont souvent unilatérales (98,8% dans notre série) et transversales. Elles

prédominent à droite au niveau de l'angle pénéo-scrotal sans que cela puisse être expliqué [4]. Dans la littérature, plusieurs mécanismes ont été décrits en fonction du contexte. Dans les pays maghrébins, la cause la plus fréquente de rupture reste la manipulation forcée et brutale de la verge en érection, souvent pour camoufler une érection matinale. Dans les séries occidentales, le faux pas du coït demeure le principal mécanisme [3, 4]. D'autres circonstances ont été retrouvées à savoir le changement brutal de position pendant une érection nocturne ainsi que les divers traumatismes directs sur pénis en érection (coup de pied, collision nocturne, chute...)

Le délai de consultation est très variable allant de quelques heures à quelques jours. Selon les différentes séries, le délai moyen est généralement inférieur à 24 heures (21,5 heures pour zargooshi, 3,5 heures pour muentener, 4 heures dans notre série) [8, 10].

Le diagnostic est généralement clinique. Le malade présente une douleur intense et brutale de la verge, souvent contemporaine d'un craquement et associée à une détumescence immédiate.

L'examen physique retrouve une déviation de la verge du côté opposé de la lésion. Un hématome et un œdème sous-cutané vont progressivement se développer donnant l'aspect « du pénis en aubergine ».

Le défaut de l'albuginée peut aussi être mis en évidence à la palpation. Une fracture bilatérale est possible mais rare [11]. Une lésion urétrale, seule complication nécessitant un traitement spécifique en urgence, doit être évoquée en présence d'une uréthrorragie ou d'une dysurie voire une rétention aigue d'urines. Aucun examen complémentaire n'est indispensable pour le diagnostic de rupture des corps caverneux [12]. Une échographie, une cavernographie ou encore une imagerie par résonance magnétique nucléaire de la verge peuvent être réalisées pour rechercher le siège exact du foyer de fracture [4, 13-15]. Aucun examen n'a été nécessaire dans notre série puisqu'on reste partisan du fait que le diagnostic est essentiellement clinique et que le traitement doit être le plutôt possible.

Actuellement, le traitement chirurgical en urgence est

de règle. La cure est faite par voie élective permettant d'évacuer l'hématome sous-cutané et de suturer la déchirure de l'albuginée du corps caverneux. La voie circonférentielle distale est particulièrement indiquée quand la fracture est de siège distal, bilatérale ou associée à une atteinte urétrale [16-18].

Les lésions urétrales doivent toujours être recherchées en per-opératoire. Leur traitement varie en fonction si la rupture est complète ou non. Dans les lésions complètes, le traitement est bien codifié [12], il consiste en une urétrorraphie termino-terminale au fil résorbable après libération et spatulation des 2 extrémités de l'urètre. En ce qui concerne les ruptures partielles, le débat est toujours ouvert entre les partisans d'une suture chirurgicale en même temps que la réparation du corps caverneux et ceux qui préconisent la

dérivation des urines par cystostomie seule [19, 20] ou par cathétérisme urétral [21, 22]. Nous sommes partisans de la chirurgie puisque nos quatre lésions urétrales partielles ont été réparées chirurgicalement et ont évolué favorablement.

Conclusion

Les fractures des corps caverneux sont des traumatismes assez rares. Leur diagnostic reste clinique. Une lésion urétrale doit être toujours recherchée. Les séquelles, tant urinaires que sexuelles, sont parfois importantes. L'attitude chirurgicale immédiate avec réparation de l'albuginée représente le traitement de référence qui donne d'excellents résultats à long terme.

Références

1. Benchekroun A, Abakka T, Lakrissa A. Fracture des corps caverneux : à propos de 22 cas. *J.Urol* . 1996 ; 155:148-9
2. Boujnah H, Rakam S. La fracture des corps caverneux à propos de 67 cas. *Ann. Urol.* 1990 ; 24 : 313-5.
3. Nouri M, Koutani A, Tazi K, El Khadir K, Ibn Attya A, Hachimi M, Lakrissa A. Les fractures du pénis : à propos de 56 cas. *Progrès en Urologie*, 1998 ; 8 : 542-7.
4. Grima F, Paparel P, Devonec M, Perrin P, Caillot J-L, Ruffion A. Prise en charge des traumatismes des corps caverneux du pénis. *Progrès en Urologie* 2006 ; 16 : 12-8.
5. Bertero E.B., Campos R.S., Mattos D. Jr.: Penile fracture with urethral injury. *Int. Braz. J. Urol.*, 2000 ; 26: 295-7.
6. Kowalczyk J., Athens A., Grimaldi A.: Penile fracture: an unusual presentation with laceration of bilateral corpora cavernosa and partial disruption of the urethra. *Urology*, 1994 ; 44 : 599-601.
7. Pavard D, Grise P, Dadoun D. : Rupture complète de l'urèthre associée à une rupture bilatérale des corps caverneux de la verge. *Ann. Urol.*, 1998 ; 22 : 428-30.
8. Zargooshi J. : Penile fracture in Kermanshah, Iran : report of 172 cases. *J. Urol.*, 2000 ; 164 : 364-6.
9. Eke N. : Fracture of the penis. *Br. J. Urol.*, 2002 ; 89: 555-65.
10. Muentener M., Suter S., Hauri D., Sulser T. : Long-term experience with surgical and conservative treatment of penile fracture. *J. Urol.*, 2004 ; 172 : 576-9.
11. Prunet D, Bouchot O. Les traumatismes du pénis. *Progrès en Urologie* 1996; 6 : 987-93.
12. Touiti D, Ameer A, Beddouch A, Oukheira H. La rupture de l'urètre au cours des fractures de la verge. A propos de 2 observations *Progrès en Urologie*, 2000 ; 10 : 465-8.
13. Anselmo G., Fandella A., Faggiono L., Merlo F., Maccatrozzo L.: Fractures of the penis : therapeutic approach and long-term results. *Br. J. Urol.*, 1991 ; 67 : 509-11.
14. Hinev A.: Fracture of the penis : treatment and complications. *Acta. Med. Okayama*, 2000 ; 54 : 211-6.
15. Ruckle H.C., Hadley H.R., Lui p.D. : Fracture of the penis : diagnosis and management. *Urology*, 1992 ; 40 : 33-5.
16. Bennani S., Dakir M., Debbagh A., Hafiani M., El moussaoui A., El mrini M., Benjelloun S. La rupture traumatique du corps caverneux. *Prog. Urol.*, 1998 ; 8 : 548-52.
17. Hafiani M., Bennani S., Debbagh A., El mrini S., Benjelloun S. Fracture bilatérale du corps caverneux avec rupture complète de l'urèthre. *J. Urol.*, 1995 ; 101 : 200-2.
18. Mangin P., Pascal B., Cukier J. Rupture de l'urètre par faux pas du coït. *J. Urol.*, 1983 ; 89 : 27-34.
19. Mcaninch J.W., Kahn R.I., Jeffrey R.B. Major traumatic and septic genital injury. *J. Traumatol.*, 1984 ; 24 : 291-98.
20. Orvis B.R., Mcaninch J.W. Penile rupture. *Urol. Clin. North. Am.*, 1989 ; 16 : 369-75.
21. Ozen H.A., Erkan J., Alkibay T., Kendi S., Remzi D. Fracture of the penis and long term results of surgical treatment. *Br.J. Urol.*, 1986 ; 58 : 551-2.
22. Saleh B.M.S., Ansan. A.R., Al ali I.H. Fractures of the penis seen in Abu Dhabi. *J. Urol.*, 1985 ; 137 : 274.