

Fracture de l'albuginée du corps caverneux de la verge

Fracture of the Albuginea of the Corpus Cavernosa of the Penis

S. Riel · C. Heitz · M. Schneider

Reçu le 24 mai 2017 ; accepté le 19 octobre 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Introduction

La fracture de l'albuginée du corps caverneux de la verge est une pathologie provoquée par un traumatisme de la verge. Il survient le plus souvent au décours d'un rapport sexuel. Le mécanisme connu sous le nom de « faux-pas coïtal » correspond à la courbure non physiologique lors de l'érection contre la symphyse pubienne de la partenaire. De fréquence rare, sa connaissance est indispensable pour une prise en charge rapide et un pronostic fonctionnel favorable.

Description du cas clinique

Un jeune homme de 36 ans consulte aux urgences pour tuméfaction, hématome douloureux des organes génitaux externes. Apparus brutalement avec un craquement lors d'un rapport sexuel la nuit précédente vers 3 heures du matin, la tuméfaction et l'hématome de la verge et du scrotum se sont rapidement majorés. À l'examen clinique réalisé à 14 heures, la verge est déviée, augmentée de volume, violacée. L'hématome descend jusqu'au scrotum. La douleur persiste mais de moindre intensité. Le patient ne présente pas de troubles fonctionnels urinaires associés. Cette anamnèse clinique évoque fortement une fracture de l'albuginée du corps caverneux de la verge (Fig. 1). Le patient a été alors transféré en urgence dans un service de chirurgie urologique après la réalisation d'un bilan préopératoire. L'échographie réalisée au préalable montrait une rupture du corps caverneux gauche sur 5 cm au niveau de la base de la verge. Le patient a été opéré en urgence pour circoncision et suture du corps caverneux. Aucune lésion associée n'avait été retrouvée. La miction était possible sans hématurie. L'évolution a été simple et le patient a pu regagner son domicile avec antibioprophylaxie oroken 400 mg pendant dix jours, diazepam

10 mg pendant quinze jours pour limiter les érections et abstinence sexuelle pendant deux mois. Ce patient a été vu en consultation par l'urologue deux mois plus tard. Il ne présente ni troubles sexuels secondaires ni troubles mictionnels ni complications locales.

Discussion

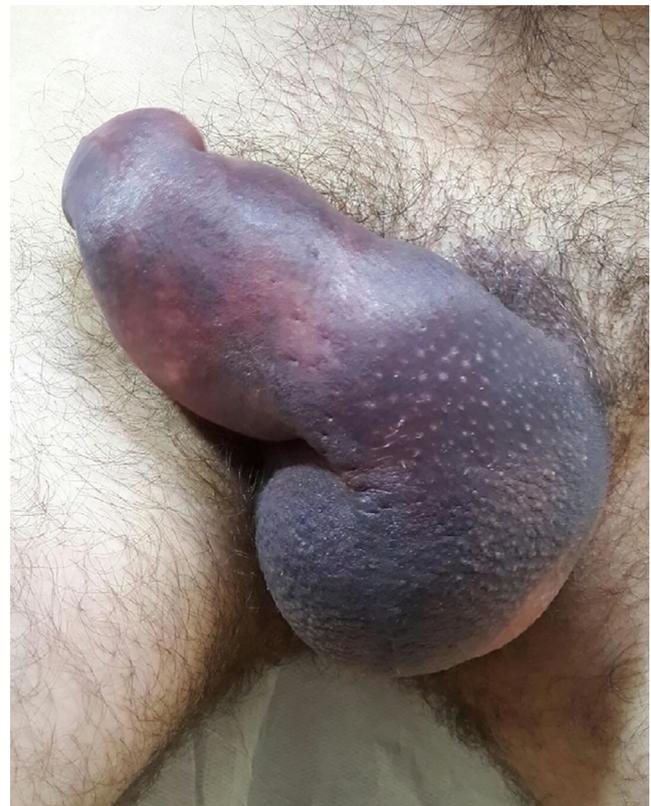


Fig. 1 Verge dite « aubergine », avec hématome et déviation

Le diagnostic est principalement basé sur l'examen clinique. Il retrouve la notion de craquement avec douleur. On observe rapidement une tuméfaction ainsi qu'une déformation de la

S. Riel (✉) · C. Heitz · M. Schneider
Service des urgences, hôpital Saint Nicolas Sarrebourg,
25 avenue du Général de Gaulle, 57400 Sarrebourg
e-mail : rielthirimandresy@yahoo.fr

verge avec déviation du côté opposé de la fracture. Un hématome d'importance variable s'installe avec aspect typique « d'aubergine ». Dans certains cas, un caillot peut être palpable au niveau de la zone de fracture le « rolling sign » [1,2]. Les lésions associées doivent être recherchées lors de l'interrogatoire et de l'examen. Une rupture de l'urètre est présente dans 10 à 33 % des cas et peut occasionner une urétrorragie macro- ou microscopique, dysurie et rétention aiguë d'urine [3]. D'autres atteintes de l'artère dorsale de la verge ou de la veine dorsale profonde sont visibles par la présence d'un hématome périnéal en aile de papillon [2]. Lorsque le diagnostic est posé, la prise en charge est chirurgicale immédiate. En cas de doute diagnostique, l'imagerie est indiquée pour décider de l'abord chirurgical ainsi que la recherche de lésions associées. Un des diagnostics différentiels est la fausse fracture de la verge. Le tableau clinique est similaire mais sans notion de craquement ni de tumescence rapide. Il s'agit d'une déchirure de la veine dorsale superficielle, ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale [2]. L'autre diagnostic important à évoquer est celui de fracture « fermée » du corps caverneux. Elle survient au décours du rapport sexuel associé à un craquement mais sans hématome ni œdème visible. L'aspect de la verge est peu modifié. Le pronostic sur le long terme est le même avec risque de dysfonction érectile et fibrose. Une imagerie diagnostique est également recommandée [4]. Il n'existe pas de consensus sur la place de l'imagerie dans le diagnostic. Les articles les plus récents proposent en cas de doute la réalisation en première intention d'une IRM pénienne, examen le plus performant mais de disponibilité variable. L'échographie est proposée en deuxième intention, avec des résultats cepen-

dant opérateur-dépendant [2,5]. Le contact rapide du chirurgien est indispensable. Le délai d'intervention doit être le plus court possible. L'intérêt de la chirurgie persiste même pour les patients vus tardivement mais avec plus de risques de complications per- et postopératoires. En absence de prise en charge, le patient peut avoir des séquelles fibrosantes avec dysfonction érectile et courbure de la verge ou des fistules urétrocaverneuses [3].

Le traitement est chirurgical. Il consiste en l'évacuation de l'hématome, la réalisation d'une hémostase efficace, la suture de l'albuginée et l'exploration du corps caverneux controlatéral. Une fibroscopie sera réalisée en peropératoire au moindre doute de lésion urétrale.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Grima F, Paparel P, Devonec M, et al (2006) Prise en charge des traumatismes des corps caverneux du pénis. *Prog Urol* 16:12-8
2. Kara N, Morel J, Ruffion A, et al (2015) Quand et comment opérer les fractures de verges ? *Prog Urol* 25:73-7
3. Rivas J, Dorrego J, Hernandez M, et al (2014) Traumatic rupture of the corpus cavernosum: surgical management and clinical outcomes. A 30 years review. *Cent European J Urol* 67:88-92
4. Wisard M, Aymon D, Meuwly JY, et al (2008) Fractures "fermées" de la verge : à propos de deux cas. *Prog Urol* 18:617-9
5. Turpin F, Hoa D, Faix A, et al (2008) IRM de la verge : intérêt dans le bilan post-traumatique. *J Radiol* 89:303-10