



Cas clinique

Priapisme Néonatal idiopathique : A propos d'un cas et revue de la littérature

Idiopathic Neonatal Priapism: A Case Report and Review of the Literature

H Moustapha^{1*}, MO Ali Ada¹, R Bana¹, H Oumarou², I Chaibou³, H Idé¹,
A Diori.¹, S Boubacar¹, M Chérif¹, H Abarchi¹

Résumé

Résumé : Le priapisme idiopathique est une affection rare et relativement bénigne. Nous rapportons un cas d'un nouveau-né de 15 jours, sans antécédents pathologiques familiaux connus ni de trait drépanocytaire, admis pour érection spontanée, indolore évoluant depuis 5 jours. Le bilan clinique et paraclinique n'a pas mis en évidence une étiologie particulière. Le diagnostic de priapisme idiopathique a été retenu. L'évolution était favorable avec une détumescence spontanée et complète au 3^{ème} jours d'hospitalisation. Le patient était régulièrement suivi pendant 3 mois. Aucune récurrence n'a été constatée avec une conservation de l'érection physiologique.

Mots Clés : priapisme, nouveau-né, Niger, idiopathique

Abstract

Idiopathic Priapism is a rare and relatively benign condition. We report a case of a newborn 15 days, no known family history or sickle cell trait, admitted for spontaneous erection; painless evolving since 5 days. The clinical and paraclinical assessment did not reveal a particular etiology. The

diagnosis of idiopathic priapism was retained. The evolution was favorable with a spontaneous and complete detumescence at the 3rd day of hospitalization. The patient was regularly followed for 3 months; no recurrence was found with preservation of physiological erection.

Keywords : priapism, newborn, Niger, idiopathic

Introduction

Le Priapisme est défini par la survenue spontanée d'une érection partielle ou totale, prolongée au-delà de 4 heures et en dehors de toute stimulation sexuelle [1,2]. Décrit initialement en 1876, le priapisme néonatal est une affection rare [3] avec une incidence estimée à 1/6673 nouveau-nés de sexe masculin [4]. Le priapisme est classiquement décrit chez les enfants drépanocytaires ; dans sa forme néonatale il pose un problème de diagnostic étiologique et son expression clinique, source d'angoisse parentale, contraste avec sa relative bénignité.

Le priapisme idiopathique ou type non ischémique (high-flow) survient sans cause précise et le bilan

paraclinique (notamment hématologique) est normal.

Nous rapportons un cas de priapisme néonatal pris en charge au service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital National de Lamordé et de faire une revue de la littérature.

Cas clinique

Il s'agissait d'un nouveau-né âgé de 15 jours référé d'une maternité pour érection permanente, indolore, sans signe associé, évoluant depuis 5jrs. Le nouveau-né était issu d'une grossesse bien suivie avec 4 consultations prénatales et 3 échographies prénatales sans anomalies décelées. L'accouchement s'est fait par voie basse. Le poids de naissance était de 3200 gr. La mère âgée de 32 ans, sans antécédents particuliers, avait eu 6 gestes, 6 parités et 6 naissances vivantes. Il y'a une notion de consanguinité de 2^o degré.

Au 10^{ème} jour de vie, la mère avait constaté une tumescence spontanée, indolore et permanente de la verge avec déviation du jet urinaire vers le haut. L'examen clinique, à l'admission dans notre service à J15, notait un enfant calme avec une bonne coloration cutanée. Les réflexes archaïques sont normaux, Poids : 3100gr, T° : 36°3. La verge était en érection, tendue indolore sans modification de la coloration cutanée (Figure 1). Aucun signe inflammatoire n'a été objectivé à l'examen physique. Le testicule droit était bien palpable dans le scrotum. La bourse gauche était vide avec un testicule palpé en position inguinale basse. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Le diagnostic d'un priapisme néonatal a été retenu. Un bilan biologique a été réalisé et était revenu normal. IL s'agissait de l'hémogramme, d'un bilan de la fonction rénale. L'électrophorèse de l'hémoglobine des deux parents à la recherche d'une hémoglobinopathie était négative. L'examen cytobactériologique des urines était revenu stérile. Une échographiedoppler des corps caverneux n'a

pas objectivé de fistule artério-veineuse, de fibrose ou de modification du flux veineux et artériel. Elle mit en évidence un testicule gauche au niveau du canal inguinal superficiel.

Au troisième jour d'hospitalisation et sans aucun traitement et après 8 jours d'évolution, une détumescence spontanée fut observée (Figure 2). Le patient quitta le service avec un calendrier de suivi. Il a été revu à l'âge de 3mois et l'évolution a été favorable avec une conservation de l'érection physiologique.



Figure 1 : Erection permanente de la verge



Figure 2 : image après détumescence

Discussion

L'étiologie du priapisme primaire est encore indéterminée, elle est le plus souvent idiopathique [1, 4, 7].

Le priapisme secondaire peut survenir après un traumatisme périnéal ou pénien, sur pathologie hématologique (drépanocytose, leucémies), neuromusculaire ou après injection intra caverneuse des produits érectogènes [2, 5, 10]. Le priapisme aigu, ischémique est une complication fréquente de

la drépanocytose qui doit être recherchée et traitée de façon concomitante [5, 9].

Sur le plan physiopathologique, on distingue deux types : le priapisme non ischémique (à flux artériel élevé) indolore dont la ponction ramène du sang rouge. IL est de bon pronostic [11].

Le priapisme ischémique à bas débit (veino-occlusif) est douloureux de loin le plus fréquent (95% de toutes les formes). La ponction des corps caverneux ramène du sang noir. Chez l'adulte et les grands enfants, la forme ischémique aiguë est une véritable urgence uro-andrologique car il traduit une anomalie de la détumescence en rapport avec un mauvais drainage caverneux [5, 6, 9]. Il existe un risque accru de fibrose du tissu spongieux des corps caverneux responsable de dysfonction érectile surtout chez l'adolescent et l'adulte.

La forme néonatale, d'origine idiopathique reste encore mal élucidée. Il s'agit du type non ischémique ou high-flow [4, 7, 10]). Selon Meijer [13], le priapisme idiopathique est du type non ischémique. En effet celui-ci se présente cliniquement par son caractère indolore, ne nécessite pas d'intervention en urgence et l'évolution se fait habituellement vers la détumescence spontanée sans séquelles majeures [2].

Bien que la drépanocytose soit l'étiologie majeure dans 70% chez les patients pédiatriques, l'hémoglobine fœtale joue un rôle important de prévention chez les nouveau-nés, d'où la rareté de cette affection en période néonatale [2, 14].

L'âge de découverte varie, selon les auteurs, de 1 à 20 jours [8, 10, 13]. Dans notre cas, la découverte a été faite au 10^{ème} jour de vie. Il s'agit le plus souvent de patient ne présentant aucun antécédent pathologique. Tout comme chez l'adulte, la particularité de cette affection réside dans le retard de consultation du aux pesanteurs socio-culturelles

[5, 9]. Le diagnostic du priapisme est essentiellement clinique mais son orientation étiologique dépend du bilan paraclinique notamment hématologique. L'examen physique retrouve une contraction permanente, indolore de la verge sans signe associé ni modification de coloration cutanée. Ceci permet de faire le diagnostic différentiel avec la forme ischémique (veino-occlusive) où la verge est rigide alors que le gland reste souple [5, 10, 12]. C'est ce qui a été observé chez notre patient. Contrairement aux données de la littérature où le priapisme néonatal est le plus souvent isolé [2], chez notre patient nous avons trouvé une cryptorchidie gauche. Peu d'examen complémentaires sont nécessaires dans la prise en charge de ce type de priapisme. L'échographie doppler des corps caverneux permet de mettre en évidence le caractère non ischémique de l'affection. Il peut aussi déceler d'éventuelles complications à type de fibrose, de fistule artério-veineuse ou de variation de flux artériels [7, 15]. Chez notre patient, aucune de ces anomalies n'a été retrouvées.

Le priapisme néonatal évolue généralement de façon spontanée vers la régression sans séquelle. La durée d'évolution de l'épisode suivie de la détumescence est très variée. Selon les auteurs celle-ci peut aller de 2 à 12 jours suivie de détumescence progressive et spontanée dans presque 75% des cas [2, 8, 10]. Contrairement à la forme veino-occlusive où il existe plusieurs techniques chirurgicales, le priapisme artériel ne nécessite pas de drainage chirurgical. Même si, certains auteurs recommandent la perfusion intra veineuse de kétamine, la détumescence survient de façon progressive et spontanée. L'abstention thérapeutique est de règle dans la prise en charge de ce type de priapisme [2, 13, 15]. Chez notre patient, l'écho-doppler n'a décelé aucune de ses anomalies mais par contre elle a confirmé la cryptorchidie par

la mise en évidence du testicule gauche au niveau du canal inguinal superficiel.

Peu de données existent sur l'évolution à long terme du priapisme néonatal mais tous les auteurs s'accordent sur l'absence de récurrence ou de séquelles dans cette forme. L'évolution est favorable avec conservation de l'érection physiologique [2, 7, 9, 10].

Néanmoins des complications redoutables à type d'abcès des corps caverneux ou nécrose ont été rapportées par certains auteurs en cas de retard diagnostique [12].

Conclusion

Le priapisme néonatal, bien qu'il soit rare semble être de meilleur pronostic. Le diagnostic est essentiellement clinique. L'échographie doppler et le bilan hématologique notamment dans la famille gardent leur place dans la recherche étiologique et permettent aussi de déceler d'éventuelles complications. Le caractère bénin de cette affection n'exclut pas un suivi régulier chez l'enfant afin de s'assurer de l'absence des séquelles.

*Correspondance

Helle Moustapha

(helle_moustapha@yahoo.fr)

Reçu: 30 Avril, 2018; **Accepté:** 15 Oct, 2018; **Publié:** 02 Nov 2018

¹Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital National de Lamordé, FSS-UAM, Niamey, Niger

²Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital National de Zinder, FSS-UZ, , Niger

³Service de Radiologie Maternité Issaka Gazobi, Niamey, Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. *J Sex Med* 2010;7:476e500
- [2] Dust N, Dobaral T, Guerra L. Evaluation and management of priapism in a newborn: a case report and review of literature. *Pediatr Child Health*. 2011; 16(1) :e6-e8.
- [3] Siddiqua S.S., Khan A.I., Ahsan K., Pathan F.H. Priapism of the newborn – a case report. *Mymensingh Med J*. 2015;24(3):624e627
- [4] Merlob P., Livine P.M. Incidence, possible causes and follow up of idiopathic prolonged penile erection in the newborn. *J Urol*. 1989;141(6):1410–1412.
- [5] Kane · L. Niang · H. Berthe · A. Ndiaye · B. Dia · A. Ndoye · S.M. Gueye Prise en charge du priapisme à Dakar *Andrologie* (2012) 22:36-41.
- [6] Nandiolo-Anelone KR, Djè K, Bankolé SR, Mobiot ML. Prise en Charge du Priapisme Chez L'enfant, au Chu de Treichville. *Afr J Urol* 2011;17(2):59–65.
- [7] Burgu B., Talas H., Erdeve O., Karagol B.S., Fitoz S., Soygur T.Y. Approach to newborn priapism: a rare entity. *J Pediatr Urol*. 2007;3(6):509–511.
- [8] Laamiri R, Kechiche N, Maatouk M, Hagui B, Mnari W, Mekki M, et al. Priapism in the newborn: Shall we intervene? *J Neonat Surg*. 2017; 6:11.
- [9] O. Habou , H. Adamou, I.A. Magagi, A.Soumana, O.G. Sanda, H.Abarchi Prise en charge du priapisme ischémique aigu à l'Hôpital National de Lamordé de Niamey. *Afr J Urol* 2017 ; 23(4) : 344.
- [10] Aktoz T, Tepeler A, Gündoğdu EO, Ozkuvancı U, Müslümanoğlu AY. Priapism in the newborn: management and review of literature. *Andrologia*. 2011; 43(1) :65–7.
- [11] Talibzade F, Akbal C, Şekerci CA, Özgür MO, Çam HK, Şimşek F. Management of neonatal priapism: Report of two cases and review of the literature *J Urol Surg*. 2016; 1:22-4.
- [12] Sood R, Wadhwa SN, Jain V. Neonatal priapism associated with spontaneous bilateral pyocavernositis. *Ann Acad Med Singapore*. 2006; 35:425-7.
- [13] Meijer B, Bakker HH Management of priapism in the newborn. *Urol* 2003, 61 :224.
- [14] Mockford K, Weston M, Subramaniam R. Management of high-flow priapism in paediatric patients: A case report and review of the literature. *J Pediatr Urol*. 2007;3:404-12.
- [15] Karakaya AE, Koklu E, Ozturk Ş. A rare entity: idiopathic priapism in a newborn and review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(3):440-2.

Pour citer cet article:

Moustapha Helle,, Omid Ali Ada Mahamoud, Bana Ramatou et al. Priapisme Néonatal idiopathique : A propos d'un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2018; 2(4): 465-468.