



Cas clinique

Traumatisme balistique du périnée et des organes génitaux externes : à propos d'une série de trois cas et revue de la littérature

Ballistic trauma of the perineum and external genitalia:
report of a series of three cases and review of the literature

Y Boka Tounga*¹, MS Ousman Manzo^{2,5}, A Zabeirou Abdoul³, K Ide¹, A Saidou^{3,5}, H Younsa^{2,5},
L James Didier^{1,5}, MS Chaibou^{4,5}, R Sani Rachid^{1,5}

Résumé

Les traumatismes des organes génitaux externes et du périnée par arme à feu sont rares. Nous rapportons une série de 3 cas survenus chez des patients tous de sexe masculin ; âgés de 30, 38 et 58 ans. Les circonstances de survenue des traumatismes sont similaires et faisant suite à des tirs à bout portant au cours des attaques des bandits armés. Les auteurs mettent en lumière les lésions pouvant survenir au décours de ce type de traumatisme et insistent sur la recherche systématique de lésions urétrales, cavernueuses et du sphincter anal. Les éléments de la prise en charge en milieu hospitalier dans un contexte de pays à moyens limités sont aussi rapportés.

Mots-clés : Traumatismes ; Organes génitaux externes ; Périnée ; Sphincter anal ; Arme à feu.

Abstract

Trauma to the external genitalia and perineum by firearms is rare. We bring a series of 3 cases occurring in all male patients; aged 30, 38 and 58 years old. The

circumstances in which the injuries occurred were similar and followed point-blank shots during attacks by armed bandits. The authors highlight the lesions that can occur following this type of trauma and insist on the systematic search for urethral, cavernous and anal sphincter lesions. The elements of hospital care in a country context with limited resources are also reported.

Keywords: Trauma; External genitalia; Perineum; Anal sphincter; Firearm.

Introduction

Plaie balistique du périnée et des organes génitaux externes sont des traumatismes ouverts des organes génitaux externes et du périnée causé par la pénétration d'un projectile (balle, plomb, fragment métallique ou contenu d'un engin explosif) au niveau des organes génitaux externes et du périnée [1]. Ces plaies sont très rares du fait de la localisation du

périnée et des organes externes mais graves [1,2]. Elles sont graves du fait de leurs conséquences et peuvent engager le pronostic vital ou fonctionnel uro-néphrologique et digestif [2,3]. La prise n'étant pas toujours codifiée [1,4]. Au Niger et particulièrement à l'hôpital national de Niamey la fréquence de ces traumatismes n'est pas connue. Nous rapportons 3 cas de lésions des organes génitaux externes et /ou du périnée par arme à feu chez 3 patients de sexe masculin chez qui le traitement chirurgical a donné des résultats fonctionnels satisfaisants. Ce travail a pour objectif de mettre en exergue sur la rareté, les difficultés thérapeutiques associées à ces types de lésions et sa gravité à travers ces 3 cas dans un contexte à ressources limitées et revue de la littérature.

Cas cliniques

Cas n°1

Un patient de 38 ans, enseignant de profession, sans antécédents pathologiques connus, admis au service des urgences chirurgicales pour plaies des organes génitaux externes suite à un coup de feu tiré à bout portant. Le patient fut admis au cours de la première de l'accident. A son admission le patient avait un état général conservé, et un état hémodynamique et respiratoire stable. Tous les pouls périphériques étaient bien perçus et symétriques.

L'examen physique avait mis en évidence deux plaies. La première plaie située sur la face dorsale de la verge, mesurant environ 5cm sur l'axe longitudinale de la verge ; elle était profonde, délabrante avec des berges irrégulières. La plaie saignait activement et abondamment. L'examen minutieux de la plaie avait objectivé une fracture de deux corps caverneux et la présence de plusieurs éclats de la balle (figure 1). La seconde plaie était localisée sur la face internomédiale la cuisse gauche, moins profonde, mesurant environ « cm de grand axe. Elle présentait des berges irrégulières. Le reste de l'examen urologique, abdominal et locomoteur était sans particularité. La radiographie sans préparation de l'abdomen, du bassin et la cuisse était normales.

Le patient fut admis au bloc opératoire du service des urgences où l'exploration chirurgicale des lésions avait permis de confirmer la fracture de deux corps caverneux au niveau de leurs parties moyennes associées à des hématomes et un délabrement tissulaire. L'urètre et les bourses étaient d'aspect normal. La plaie de la cuisse gauche était superficielle. Le geste chirurgical avait consisté à une évacuation de l'hématome et des éclats de balle, hémostase par tamponnement. Puis nous avons procédé au parage des bouts proximale et distale et fractures des corps caverneux ; suivi d'une suture par des points séparés de l'albuginée des corps caverneux par du fil Vicryl 3/0 . Le sondage vésical avait duré 4 jours, la reprise de la miction était spontanée à l'ablation de la sonde. Sur le plan fonctionnel le patient ne se plaignait d'aucune gêne mictionnelle, et avait conservé une érection satisfaisante. Le résultat esthétique après cicatrisation des plaies était également satisfaisant. Le patient a rapporté une reprise des activités sexuelles à partir de 3 mois.

Cas n°2

Patient âgé de 58 ans éleveur, sans antécédent pathologique notable, admis au service des urgences pour plaies du périnée et de la fesse droite de suites d'une attaque par arme à feu. Délai d'admission était de 24 heures environ. A l'admission le patient était conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace avec un état hémodynamique et ventilatoire satisfaisant. A l'examen physique, on notait une plaie balistique dont l'orifice d'entrée était : situé sur le cadran inféro- interne de la fesse droite, mesurant environ 2 cm de grand axe à berges contuses. L'orifice de sortie est situé au niveau de la base du triangle anal du périnée, touchant le sphincter anal à 12 H ; l'examen étant pratiqué en position de taille périnéale. L'orifice de sortie mesurait environ 5 cm de grand axe, à berges irrégulières (figure 2). Le patient fut admis au bloc opératoire, le patient en position de taille périnéale, l'exploration chirurgicale avait objectivé une rupture des fibres musculaire du sphincter externe à 12H. Le sphincter interne était

intact. Le geste chirurgical avait consisté au parage de la plaie, une suture du sphincter externe et réparation du périnée (figure 3). Une colostomie de protection fut réalisée. Le rétablissement de continuité digestive fut réalisé après cicatrisation complète du périnée (2 mois). Les suites opératoires étaient simples sans aucune difficulté à l'exonération ni incontinence

Cas n°3

Patient âgé de 30 ans militaire, sans antécédents pathologiques connus, admis aux urgences pour plaies de la cuisse gauche et du périnée antérieure suite une attaque des bandits armés. A l'admission, patient conscient il était bien orienté dans le temps et dans l'espace avec un état hémodynamique et ventilatoire stable. L'examen physique met en évidence deux plaies dont la première située à la face latérale de la cuisse gauche à berges contuses d'environ 1 cm

profond avec un saignement au contact avec débris tellurique (porte d'entrée) et la deuxième prenant le périnée antérieur et un délabrement des tissus cellulaires sous cutané et cutané profonds avec des débris balistiques mélangés du sable (porte de sortie de balle), avec rupture de l'urètre postérieure. La radiographie du bassin et du fémur n'a pas montré de lésion osseuse. Le traitement a consisté dans un premier temps à un parage et une cystostomie puis dans un deuxième temps nous avons procédé à la réparation de la rupture urétrale par suture sur sonde tutrice avec des points séparés au fil résorbable plus suture des plaies. Le sondage vésical a duré trois semaines, la reprise de la miction a été spontanée à l'ablation de la sonde. Sur le plan fonctionnel le patient ne se plaignait d'aucune gêne mictionnelle, il avait conservé une bonne érection. Les suites opératoires étaient simples.



Figure 1 : (source : hôpital national de Niamey) : plaie de la face dorsale de la verge.



Figure 2 : (source : HNN) : image montrant deux plaies correspondant à l'entrée et à la sortie de la balle.



Figure 3 : (source : HNN) : image montrant la réparation de la plaie périneo-sphinctérienne.



Figure 4 (source : HNN) : image montrant la porte d'entrée de la plaie (A) et porte de sortie(B)

Discussion

Les traumatismes des organes génitaux externes par arme à feu sont extrêmement rares dans un contexte civil au paravent mais à l'avènement des terrorismes au sahel on note une recrudescence dans les pratiques civiles [2 ;5]. Au Niger aucune étude n'est disponible jusqu'à ce jour, la fréquence de ces lésions est donc ignorée chez nous. Au Sénégal BAH et coll. [8] ont rapporté six cas en quatre ans. Simhan [9] rapportait 97 cas de plaie scrotale par arme à feu en 20 ans aux USA tandis qu'au Yémen Ghilan [7] décrivait 20 cas de lésions des organes génitaux externes par arme à feu entre 2005 et 2008. Cette faible fréquence découle du fait que les OGE (organes génitaux externes) ne constituent pas une cible fréquente des agressions par arme à feu et la situation anatomique des organes génitaux externe puis du périnée. Tous nos patients victimes au cours de l'étude étaient jeunes et de sexe masculin. Nos données sont conformes à celles de la littérature [6,1,3,7] et s'expliqueraient par le fait que c'est la population active qui est la plus exposée. Mais en pratique de guerre ces lésions peuvent se rencontrer sur toutes les populations d'âges disparates du fait des actes de torture et des balles perdues. Les traumatismes ouverts des organes génitaux externes sont rarement isolés, ils s'associent fréquemment à des atteintes musculaires, osseuses et /ou viscérales [10,11]. En ce qui concerne Les auteurs suscités, ont rapportés que les lésions associées les plus fréquentes sont les lésions musculaires des membres ; patient qui avait une lacération du muscle ischio-jambier gauche à travers une plaie de la racine de la cuisse [11 ;12 ;13]. Cette association fréquente s'explique sûrement par la proximité anatomique que présente la partie proximale des membres inférieurs avec les organes génitaux externes. Bien que les plaies pénétrantes du scrotum soient les formes cliniques les plus courantes, elles s'accompagnent fréquemment de plaies caverneuses et urétrales [14,5]. Notre premier patient avait une rupture du corps caverneux sans atteinte d'urétrale pénienne associée à une plaie superficielle de la cuisse. Deuxième avait une lésion

anorectale avec atteinte du sphincter associée à une plaie de la cuisse et le dernier patient avait une lésion du périnée antérieur avec rupture de l'urètre spongieux. Bien que les trois patients eussent des lésions associées, l'état hémodynamique et ventilatoire reste satisfaisant chez tous à leurs admissions. En temps de guerres l'exploration chirurgicale s'impose de manière systématique pour pouvoir typer les plaies et de prendre une décision thérapeutique appropriée et adéquate. Cette expérience peut être appliquée au pratique civil [4 ,5, 6,7]. Sur le plan chirurgical dans notre série nous avons procédé premièrement à un parage chirurgical et le bilan lésionnel avec réalisation d'une colostomie pour le deuxième patient et pour le dernier à une cystostomie. Après 5 jours le premier et dernier patient a bénéficié d'un second look qui permis réparer leurs lésions anatomiques respectives. Pour le deuxième nous repris le patient pour réparer le périnée et le sphincter anale puis après cicatrisation à rétablir la continuité digestive. Le traitement médical utilisé : antibiothérapie (ceftriaxone et métronidazole) chez tous nos patients, antalgique et bain de permanganate. La stratégie de damage control qui est la pierre angulaire de prise en charge chirurgicale des traumatisés grave. Le traitement des plaies balistiques repose sur quelques principes : parage des plaies et la non-fermeture initiale ; un traitement médicale complémentaire (antibiotique, antalgique, bain de permanganate pour les plaies anorectales) (1,2,15). Aucune morbi-mortalité n'a été enregistrée ; les suites opératoires simples avec reprise de fonctions des organes lésés et réparés pour nos patients conformes à plusieurs séries africaines dont les ressources sont limitées.

Conclusion

Les plaies balistiques du périnée et des organes génitaux externes sont exceptionnelles mais graves du fait de leurs conséquences vital ou fonctionnel de la région anatomique. La mortalité précoce est liée au choc hémorragique. Tous nos patients avaient un bon état hémodynamique et ventilatoire qui conditionne

la prise en charge dans extrêmes urgences. Les prises en charges ont été satisfaisantes chez tous les patients mais non codifiées jusqu'à ce jour.

*Correspondance

BOKA TOUNGA Yahouza:

yahouzabokatounga@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Juillet 2024

- 1 : Département de chirurgie ; Hôpital National de Niamey
- 2 : Département de chirurgie, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo
- 3 : Département de chirurgie, Hôpital Général de Référence de Niamey
- 4 : Département d'anesthésie et réanimation de l'hôpital national de Niamey
- 5 : Faculté des sciences de la santé/Université Abdou Moumouni de Niamey

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Kpatcha TM, Tengue K, Tchangai B, Kanassoua K, Botcho G, Sikpa K, Anoukoum T, Dosseh ED. Lesions des organes genitaux externes par arme a feu: a propos d'une observation. *Uro'Andro*. 2014 Apr;1(2):129-32.
- [2] Dekou A, Konan PG, Kouame B, Vodi C, Ouegnin GA, Kouame N, et al. Les traumatismes de l'appareil génito-urinaire: aspects épidémiologiques et lésionnels. *Afr J Urol*. 2008;14(2):105-13.
- [3] Baverstock R, Simons R, McLaughlin M. Severe blunt renal trauma: a 7-year retrospective review from a provincial trauma centre. *Can J Urol*. 2001;8(5):1312-6.
- [4] Wessells H, Suh D, Porter JR, Rivara F, Mackenzie EJ, Jurkovich GJ, et al. Renal injury and operative management in the United States: results of a population-based study. *J Trauma*. 2003;54:423-3.
- [5] Kambou T, Ouattara A, Zare C, Ouattara AM, Pare AK, Sanon BG. Traumatismes urogenitaux: profil épidémiologique et aspects lésionnels au centre hospitalier universitaire Souro Sanon de Bobo Dioulasso (Burkina Faso). *Uro'Andro*. 2014 Apr;1(2):84-90.
- [6] Bagga HS, Tassian GE, Fiser PB, McCulloh CE, McAninch JW, Brevier BN. Product-related adult genitourinary injuries treated at emergency department in the United States from 2002 to 2010. *J Urol*. 2013 Apr;189(4):1362-8.
- [7] Mianne D, Guillotreau J, Sergent H. Les plaies périnéales en pratique de guerre. *Ann Urol (Paris)*. 1997;31(5):303-8.
- [8] Bah I, Diallo AB, Diao B, Ndoye AK, Gueye SM, Diallo MB, Diagne BA. Les lésions des organes génitaux externes par arme à feu: a propos de six observations à l'hôpital A. Le Dantec, Dakar, Sénégal. *Afr J Urol*. 2006;12(1):55-9.
- [9] Simhan J, Rothman J, Canter D, Reyes JM, Jaffe WI, Pontari MA, Doumanian LR, Mydlo JH. Gunshot wounds to scrotum: a large single-institutional 20-year experience. *BJU Int*. 2012;109(11):1704-7.
- [10] Ghilan AM, Ghafour MA, Al-Asbahi WA, Al-Khanbashi OM, Alwan MA, Al-Badani TH. Gunshot wound injuries to the male external genitalia. *Saudi Med J*. 2010;31(9):1005-10.
- [11] Cerwinka WH, Block NL. Civilian gunshot injuries of the penis: the Miami experience. *Urology*. 2009;73(4):877-80.
- [12] Hodonou RK, Diallo A, Akpo EC, Koura A, Hounasso PP, Goudote E. Traumatisme des organes génitaux externes masculins: a propos de 20 cas. *Ann Urol (Paris)*. 1997;31(5):318-21.
- [13] Selikowitz SM. Penetrating high velocity genitourinary injuries. Part II: urethral, lower tract and genital wounds. *Urology*. 1997 May;9(5):493-

9.

[14]Prat NJ, Dban JL, Voiglio EJ, Rongieras F.
Balistique lésionnelle et lésion de blast. J Visc
Surg. 2017 Dec;154(Suppl 1):9-12.

Pour citer cet article :

Y Boka Tounga, MS Ousman Manzo, A Zabeirou
Abdoul, K Ide, A Saidou, H Younsa et al. Traumatisme
balistique du périnée et des organes génitaux
externes : à propos d'une série de trois cas et revue de
la littérature. Jaccr Africa 2024; 8(3): 110-115