

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PRIAPISME EXPERIENCE DE 56 CAS EN MILIEU AFRICAIN

L. FALANDRY, P. BERLIZOT, R. FOURNIER, P. MECHALI, R. THURET,
R. PALASCAK, A. HOULGATTE

RESUME • La rareté du priapisme rend son approche thérapeutique controversée et difficile. L'objectif de ce travail est de dégager, à la lumière de notre expérience et des données de la littérature, une attitude pratique simple et rigoureuse concernant la conduite à tenir devant un priapisme dans les pays à forte endémicité drépanocytaire. La série porte sur 56 cas de priapisme chez des patients de race noire, 49 adultes et 7 enfants, observés et traités par un même opérateur durant une période de 18 ans, au Burkina (n = 8), au Tchad (n = 12), au Gabon (n = 19) et au Niger (n = 17). La drépanocytose était responsable de priapisme dans 31 cas. Tous les patients traités chirurgicalement ont bénéficié des diverses techniques de dérivations cavernuses. Sur les 51 patients qui ont pu être suivis au moins 3 mois, il y a eu 17 succès (33,3 p. 100), 5 résultats partiels (9,8 p. 100) et 29 échecs (56,8 p. 100). La réalisation depuis 1984 d'une technique de ponction-drainage balanique, dérivation cavernospongieuse unilatérale transglandulaire, inspirée de la technique d'Al Ghorab, semble avoir amélioré les résultats avec l'obtention d'une détumescence immédiate dans 80 p. 100 des cas et, à distance, un taux de succès de 52 p. 100 (13 des 25 cas correctement suivis). Excepté dans le cadre d'une hémopathie drépanocytaire où un traitement étiologique associé peut être proposé, seul le traitement chirurgical en urgence est efficace si l'on veut éviter l'installation d'une impuissance secondaire qui, dans notre série, reste élevée (58,6 p. 100). Ayant le mérite d'une extrême simplicité, la technique de ponction-drainage balanique, qui réalise de manière simplifiée un shunt cavernospongieux transglandulaire unilatéral, apparaît comme le meilleur geste à proposer.

MOTS-CLES • Priapisme - Drépanocytose - Ponction drainage - Dérivation cavernospongieuse - Traitement chirurgical - Afrique noire.

SURGICAL TREATMENT OF PRIAPISM : A 56-CASE SERIES IN AFRICA

ABSTRACT • Since priapism is uncommon, treatment is controversial and difficult. In this article we describe a practical, well-documented approach for management of priapism in countries with a high incidence of sickle cell disease. This approach is based on our experience including a total of 56 black patients (49 adults and 7 children) as well as on the results reported in the literature. The patients in our series were examined and treated by the same physician over an 18 year period in various African countries, i.e., Burkina (n = 8), Chad (n = 12), Gabon (n = 19), and Niger (n = 17). Etiologies and pathophysiology are reviewed. In all cases, surgical treatment involved diversion from corpora cavernosa. In the 51 cases with follow-up periods of 3 months or longer, results were considered as excellent in 17 cases (33 p. 100), partial in 5 (9.8 p. 100), and unsuccessful in 29 (56.8). Since 1984, needle drainage with a unilateral transglandular cavernosal-spongiosum shunt based on the technique described by Al Ghorab's has led to better results with immediate detumescence in 80 p. 100 of cases and a long-term success rate of 52 p. 100 (13/25 cases with sufficient follow-up). Except in cases involving sickle cell anemia in which concomitant medical treatment of priapism can be useful, immediate surgical treatment is the only technique effective in avoiding secondary impotence, which was common in our series (58.6). Our p. 100 needle drainage technique appears to be the method of choice for simplified achievement of a unilateral transglandular cavernosal-spongiosum shunt.

KEY WORDS • Priapism - Sickle cell disease - Needle drainage - Cavernosal-spongiosum shunt - Surgical treatment - Black Africa.

Med. Trop. • 2000 • 60 • 70-74

• Travail du Service d'Urologie (L.F., P.B., R.F., Spécialistes du SSA; P.M., Chirurgien Urologue Attaché; R.T., R.P., Internes; A.H., Spécialiste du SSA, Chef de Service) de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce, Paris, France.

• Correspondance : L. FALANDRY, Service d'Urologie, HIA du Val de Grâce, 75 bd Port Royal, 75230 Paris Cedex 05, France • Fax : 01 40 51 41 54 •

• Article reçu le 06/05/1998, définitivement accepté le 14/02/2000.

Pathologie provoquée par diverses anomalies de l'hémodynamique érectile (1), le priapisme est une affection rare qui se caractérise par une érection prolongée, douloureuse, sans désir sexuel. Cette affection, décevante sur le plan thérapeutique, est heureusement peu fréquente chez l'adulte, rare chez le grand enfant et exceptionnelle chez le petit garçon (2). Elle représente dans notre expérience au Niger moins de 0,9

p. 100 des entrées du service.

La rareté de cette pathologie explique la multiplicité des thérapeutiques proposées et la difficulté du choix de celles-ci (3, 4). Si la détumescence est obtenue presque toujours, il n'en est pas de même de la préservation de la capacité érectile.

Le but de ce travail a été de comparer l'efficacité des différentes méthodes chirurgicales utilisées et de proposer une technique simplifiée de dérivation cavernospongieuse par voie transglandulaire qui permet d'apporter dans un pays en développement et à forte endémicité drépanocytaire, les meilleures chances de succès.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE

La connaissance des mécanismes physiopathologiques du priapisme est indispensable pour en appréhender les indications et les diverses méthodes chirurgicales de traitement.

Sur le plan anatomique, la vascularisation artérielle de la verge est assurée par deux artères principales, l'une profonde, l'artère caveuse ou artère de l'érection qui traverse chacun des corps caverneux, et l'autre superficielle, l'artère dorsale de la verge ou artère de la nutrition qui chemine entre le fascia de Buck et l'albuginée des corps caverneux. Ces deux artères principales sont issues de l'artère honteuse inteme, branche de l'hypogastrique. Le drainage veineux des corps caverneux est assuré par la veine dorsale profonde et la veine dorsale superficielle par le biais des perforantes et circonflexes.

L'érection est le résultat d'un bon équilibre hydraulique entre ces deux systèmes artérioveineux, d'un côté le remplissage et de l'autre la vidange. Lors de l'érection, le réseau veineux et les shunts artérioveineux sont fermés alors que le réseau artériolaire est ouvert. Au contraire, la flaccidité s'accompagne de l'ouverture des veinules et des shunts artérioveineux afin de vider les corps caverneux de leur sang. Le premier temps de l'érection qui correspond à la phase passive de remplissage des corps caverneux à la manière d'une éponge est responsable de l'allongement de la verge. Le deuxième temps qui correspond à la phase active de rigidification ou d'érection proprement dite, est lié à une augmentation de la pression interne des corps caverneux par un mécanisme de relaxation des muscles érectiles lisses destinés à permettre l'ouverture des espaces et donc l'engorgement sanguin caverneux. Ainsi, l'érection peut être maintenue sans occlusion veineuse dès lors que le flux artériel vers l'espace caverneux atteint 20 à 50 mL par minute.

Le priapisme est la conséquence d'un engorgement sanguin lié à une faillite de l'hémodynamique érectile d'étiologie très variée, neuromusculaire, hématologique ou traumatique (1). Mises à part les érections priapiformes indolores avec corps spongieux et gland turgescents, essentiellement induites par l'injection intracaverneuse de drogues vasoactives (papavérine, prostaglandine E1) lors du traitement de l'impuissance virile, cet engorgement qui peut s'expliquer de deux manières, permet de différencier deux types de pri-

pisme bien différents sur le plan pronostique et thérapeutique.

• *Le priapisme de stase* (ou veineux), de très loin le plus fréquent, se caractérise par un ralentissement de la circulation caverneuse ou plus précisément par un défaut de drainage caverneux lors de la phase de rigidité. Tout se passe comme s'il existait un arrêt de l'érection, soit par blocage de la détumescence, c'est-à-dire de la recontraction des seuls corps caverneux, soit par ralentissement mécanique de la vidange caverneuse à travers les veines de drainage cavernuses. Ce priapisme qui représente la forme la plus fréquente se rencontre dans deux circonstances : lors de modification de la vasomotricité intracaverneuse d'origine neurohormonale comme lors d'une injection d'une dose trop forte de drogue érectogène ou lors de modification de la viscosité du sang comme cela s'observe au cours de certaines hémopathies (maladie drépanocytaire, leucoses, polyglobulie). Ces deux types de situations de blocage ou de ralentissement de la vidange caverneuse vont aboutir rapidement à une souffrance tissulaire par ischémie avec anoxie, nécrose tissulaire et, à terme, fibrose des corps caverneux et impuissance. D'où l'urgence de ce type de priapisme et l'importance pronostique du délai écoulé entre le moment de sa survenue et la levée de l'ischémie par la décompression des corps caverneux. Ces données physiopathologiques expliquent que le pronostic de ces priapismes avec stase et anoxie est plus sombre que dans les autres étiologies (1, 3, 4).

• *Le priapisme à haut débit* (ou artériel), plus exceptionnel, reflète un excès de remplissage cavernospongieux lié à un afflux de sang artériel trop important alors que, à la différence du précédent, le retour veineux est conservé. Ce priapisme est dû à une fistule artériocaverneuse après traumatisme. Il s'agit d'avantage ici d'une érection forcée que d'une stase, ce qui explique sa bonne tolérance habituelle avec un risque ischémique plus limité.

Ainsi, le priapisme « symptôme » du début va rapidement agir pour son propre compte en priapisme « maladie » (1), indépendamment du facteur déclenchant. A ce titre, le priapisme répond à une véritable urgence chirurgicale en raison de son risque spécifique d'ischémie aiguë des corps caverneux corrélée à sa durée, tout en recherchant le facteur étiologique déclenchant afin d'en faire cesser la stimulation pathologique.

EXPERIENCE CHIRURGICALE AFRICAINE

Patients.

Entre septembre 1979 et juin 1997, 56 patients traités pour priapisme par un même opérateur dans différentes régions d'Afrique équatoriale et sahélienne, Burkina Faso

Tableau I - Etiologies de 56 priapismes opérés.

Causes	n	p. 100
Drépanocytose	31	53,3
Drogues vaso-actives et/ou psychotropes	4	7,1
Néoplasique	1	1,7
Leucémie myéloïde chronique	2	3,5
Idiopathiques	18	32,1

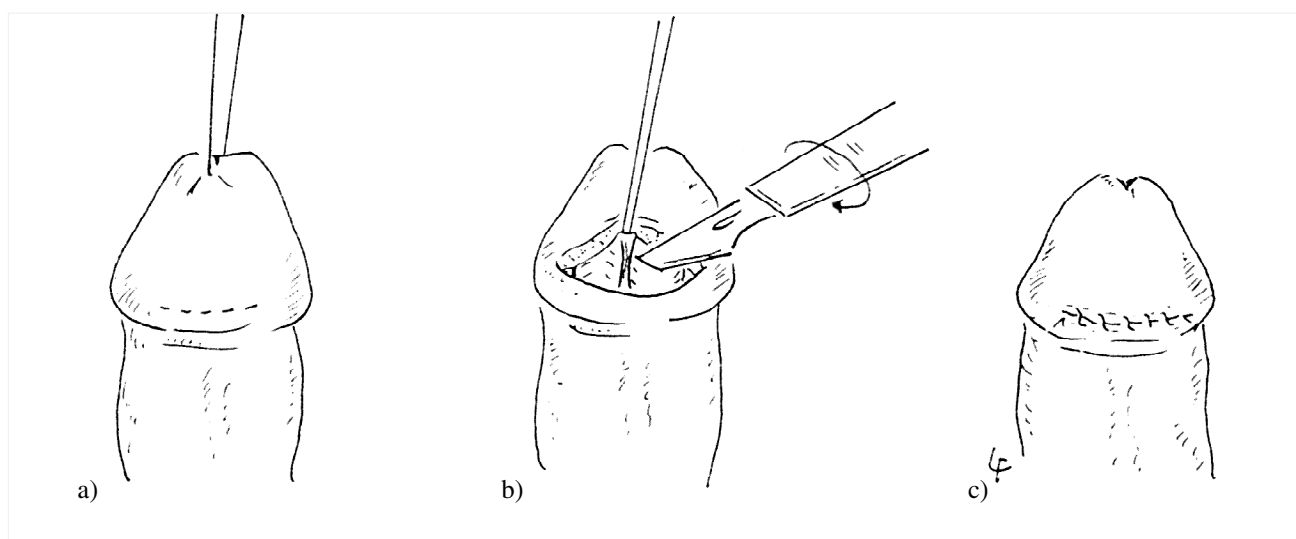


Figure 1 - Technique de la ponction-drainage balanique transglandulaire : a) Incision transversale courte à la face dorsale du gland, 3 mm en avant du sillon balanopréputial ; b) Ponction à l'aide d'une lame à bistouri pointue introduite au 2/3 de sa longueur dans le corps caverneux puis tournée deux à trois fois sur 90° à 180° ; c) Après vidange du sang de stase, l'incision du gland est refermée par un surjet de fil fin rapidement résorbable de vicryl 4 à 5/0.

(n = 8), Tchad (n = 12), Gabon (n = 19) et Niger (n = 17) ont été inclus dans cette étude rétrospective. L'âge moyen des patients, 49 adultes et 7 enfants, tous de race noire, était de 31 ans (extrêmes : 18 à 41 ans) pour les adultes et de 9 ans (extrêmes : 4 à 15 ans) pour les enfants. La drépanocytose représentait plus de la moitié des étiologies du priapisme (Tableau I). Pour 9 de ces sujets, existait un antécédent d'érection prolongée. Le délai préthérapeutique a varié de 19 heures à 9 jours (moyenne : 4 jours).

Le traitement chirurgical a été utilisé de première intention, excepté pour 5 patients qui avaient subi sans succès une ponction cavernreuse.

Technique.

L'intervention proprement dite a été menée sous anesthésie locorégionale type rachianesthésie, mais aussi de façon tout aussi aisée sous anesthésie locale (5 cas). Seuls les enfants ont bénéficié d'une anesthésie générale.

Différentes méthodes chirurgicales ont été utilisées de façon non uniforme en fonction de notre expérience. Ainsi, les techniques conventionnelles furent d'abord utilisées : trocarisation selon Winter (n = 2), shunt saphénocaverneux (n = 12), anastomose spongiocaverneuse périnéale (n = 3), avant d'être remplacées par l'anastomose cavernospongieuse selon la technique d'Al Ghorab (n = 9) puis par notre technique personnelle de ponction-drainage transglandulaire qui est une modification de celle-ci (n = 27) et dont le principe consiste en une incision unilatérale du corps caverneux de manière à décompresser les corps caverneux et à retirer le sang de stase, sans qu'il soit nécessaire de réséquer une pastille d'albuginée.

La technique utilisée était la suivante (Fig. 1). Après anesthésie locorégionale de type rachianesthésie, on pratique une incision transversale courte à la face dorsale du gland,

à 3 millimètres environ en avant du sillon balanopréputial. L'extrémité distale du corps caverneux étant exposée, une ponction du corps caverneux parallèle à son grand axe est pratiquée à l'aide d'une lame à bistouri pointue introduite au 2/3 de sa longueur dans le corps caverneux, puis tournée avec précaution 2 à 3 fois sur 90° à 180°. Le pertuis ainsi créé doit permettre l'introduction de l'extrémité distale d'une seringue de manière à obtenir, par simple pression des corps caverneux, la vidange du sang de stase jusqu'à l'apparition de sang frais rutilant et le lavage au sérum bétadiné. L'incision doit entamer l'albuginée en respectant l'urètre, c'est là le point le plus délicat. Après vidange, l'albuginée est laissée ouverte et le gland fermé par un surjet de fil fin rapidement résorbable de vicryl 4 à 5/0. La mise en place d'une sonde urétrale qui ne présente aucune utilité n'est pas souhaitable.

Habituellement réalisée sous anesthésie locorégionale type rachianesthésie, l'intervention peut, dans certains cas, être menée sous simple anesthésie locale par bloc des nerfs dorsaux du pénis à l'aide de 2 mL d'une solution de xylocaïne non adrénalinée injectée en deux points de ponction à la base de la verge (5 cas).

RESULTATS

Sur les 56 priapismes traités, 5 ont été éliminés de l'étude : deux patients sont décédés, le premier d'une métastase d'un cancer de vessie et le second d'une leucémie myéloïde chronique ; trois autres ont bénéficié après l'intervention de soins adjuvants de médecine traditionnelle et n'ont pu être retenus.

Les résultats ont été appréciés en fonction de l'obtention de la détumescence et de la préservation de la capacité érectile, en particulier l'existence d'érections nocturnes

Tableau II - Traitement chirurgical de 51 cas de priapisme : résultats comparés en fonction du mode de traitement chirurgical utilisé (suivi minimum de 3 mois).

Méthodes chirurgicales	Nombre (n)	Résultats		
		Succès	Partiels	Echecs
Trocardisation (Winter)	5		1	4
Shunt saphénocaverneux	10	1	1	8
Anastomose spongiocaverneuse	2			2
Fistule balanocaverneuse*	34	16	3	15
Total (n)	51	17	5	29
(p. 100)		33,3	9,8	56,8

* Dont 26 procédés modifiés (anastomose caverno-spongieuse unilatérale).

et la reprise d'une certaine activité sexuelle.

Deux complications ont été constatées dans la période postopératoire immédiate : une fistule uréthrobalanique chez un enfant, celle-ci ayant nécessité une sonde à demeure pendant 10 jours et une suppuration cutanée après anastomose saphénocaverneuse traitée par mise à plat et antibiothérapie.

La détumescence a été obtenue d'emblée dans 70 p. 100 des cas (36/51). Ces succès initiaux concernaient presque exclusivement les patients traités selon le procédé modifié du shunt cavernoglandulaire unilatéral après un délai n'excédant pas 2 jours et les échecs des patients vus et traités tardivement après un délai moyen dépassant 5 jours.

Un mois après l'intervention, le résultat global était le suivant : 17 patients (33,3 p. 100) ont obtenu un bon résultat avec récupération d'érections normales et reprise d'activités sexuelles satisfaisantes ; chez 5 autres patients, le succès a été partiel (9,8 p. 100) du fait de la conservation d'un potentiel érectile au niveau de la base de la verge ; il y a eu 29 échecs (56,8 p. 100) définis par une impuissance secondaire avec absence totale d'érection.

Les résultats comparatifs en fonction de la technique employée sont présentés dans le tableau II.

Parmi les 6 patients ré-opérés, l'un a été traité par anastomose saphénocaverneuse sans succès, 5 autres par ponction-drainage transglandulaire unilatérale avec 3 bons résultats. Sur les 5 échecs de ponction évacuatrice comme traitement initial puis opérés dans un délai de 12 heures par anastomose cavernoglandulaire 3 ont conservé une capacité érectile et 2 autres sont devenus impuissants.

Parmi les 22 patients, on comptait 7 enfants dont 6 ont retrouvé une capacité érectile (85,7 p. 100). Tous ont été vus avant le troisième jour et 70 p. 100 d'entre eux ont été traités par shunt cavernoglandulaire unilatéral.

COMMENTAIRES

En dépit de sa relative rareté, le priapisme est loin d'être exceptionnel en Afrique en raison de la maladie drépanocytaire dont il reste l'une des complications urologiques majeures (3-5). La drépanocytose représente la cause hématologique la plus fréquente du priapisme chez l'enfant

(3 à 5 p. 100 des cas) (3, 4) tout comme chez l'adulte où elle constitue dans notre série issue des régions d'Afrique équatoriale et sahélienne, l'étiologie principale des cas rapportés (52 p. 100). En dépit de l'existence d'autres mécanismes déclenchants, 41 p. 100 des priapismes chez l'adulte n'ont aucune étiologie précise ; chez l'enfant par contre, le priapisme idiopathique reste exceptionnel (2) et un seul cas sur la totalité de cette série a été observé.

Quelle que soit l'étiologie, la gravité des séquelles érectiles dépend essentiellement du facteur temps, même si celui-ci ne représente pas l'unique paramètre. Si certains priapismes, surtout drépanocytaires, peuvent persister quelques jours sans laisser de séquelles, cela du fait d'une hypoxie chronique ou d'un blocage incomplet du drainage caverneux, tous les auteurs s'accordent à reconnaître la nocivité du délai écoulé. Celui-ci va permettre l'installation d'un cercle vicieux aggravant l'anoxie et la souffrance histologique qui laissera la place progressivement à une nécrose tissulaire responsable après la 48^e heure d'une fibrose séquellaire majeure et d'un risque d'impuissance définitive. De l'ordre de 60 p. 100 après ce délai (4), le taux d'impuissance est supérieur à 80 p. 100 au-delà du quatrième jour. C'est dire l'urgence que représente sur le plan chirurgical le traitement du priapisme, si possible dès les premières 48 heures, en même temps que la recherche d'un facteur étiologique déclenchant dont le traitement doit être fait parallèlement pour faire cesser le facteur stimulant et éviter la récurrence (1).

En urgence, le traitement du priapisme est avant tout symptomatique. Il faut traiter la douleur qui est le reflet d'une souffrance tissulaire anoxique et qui était présente chez tous nos patients. Il faut obtenir la détumescence et la vidange du sang caverneux et éviter la récurrence immédiate ou à distance quand c'est possible, en recherchant une étiologie par le biais d'un bilan systématique. Il faut enfin éviter les séquelles érectiles.

Analysant les résultats des diverses méthodes chirurgicales utilisées en fonction de notre expérience, nous constatons que, si aucune technique n'a été totalement couronnée de succès, certaines se sont avérées insuffisantes voire illusoire, d'autres dangereuses. Ainsi en est-il de la ponction évacuatrice à « ciel fermé » (3, 4). Destinée à décompresser les corps caverneux et à retirer le sang de stase, elle nous est apparue dans notre pratique toujours insuffisante et non dénuée de danger. En apparence simple et rapide, il s'agit d'une technique aveugle qui, au moment de l'introduction de l'aiguille à biopsie type Tru-Cut®, fait courir le risque d'altération de la structure cellulaire des corps caverneux, de traumatisme urétral ou même de gangrène de la verge (1 cas). Les dérivations, plus délicates, utilisant la veine saphène interne (anastomose saphénocaverneuse) ou le corps caverneux périmé (anastomose spongiocaverneuse), d'abord utilisées, ont été abandonnées après 1981 du fait de leurs taux d'échec trop élevés dépassant 80 p. 100 pour atteindre même dans certains cas 100 p. 100. De même, n'ayant pas trouvé d'avantage à l'instauration première d'un traitement évacuateur à l'aiguille de gros calibre comme cela est parfois recommandé en urgence (4), nous avons pour principe l'emploi premier systématique d'une méthode chirurgicale de dérivation distale

à « ciel ouvert ».

Nous avons eu recours dans un premier temps à l'anastomose cavemospongieuse selon la technique d'Al Ghorab, remplacée en 1984, en raison de meilleurs résultats, par une technique personnelle modifiée (Fig. 1). Par comparaison, dans la série traitée par la technique d'Al Ghorab, 33 p. 100 des patients retrouvent des érections normales (ce taux était de 5,8 p. 100 pour l'ensemble des autres techniques conventionnelles utilisées). Avec notre technique, nous obtenons le retour à la détumescence immédiate dans 80 p. 100 des cas. A distance, pour 13 sur 25 cas de priapisme correctement suivis, le taux de succès est de 52 p. 100. Ceci tend à montrer que l'excision d'une pastille d'albuginée de 1 cm de diamètre au niveau de chaque corps caverneux, qui consiste à réaliser une fistule bilatérale artériocaverneuse trop importante, exagère le passage du sang vers le corps spongieux et, à distance, peut être une source d'échec du fait de la réapparition d'une érection forcée. Par ailleurs, la mise en place d'un pansement compressif du pénis pouvant aggraver l'ischémie en gênant le retour veineux par compression de la veine dorsale de la verge (5) est à éviter en postopératoire.

En présence d'un priapisme, rien ne doit faire retarder la décision chirurgicale si l'on veut éviter l'impuissance secondaire (3, 4, 6). D'un point de vue physiopathologique, il faut savoir intervenir rapidement pour lutter contre l'ischémie aiguë et le risque de fibrose des corps caverneux dont la conséquence est l'impuissance secondaire irréversible. Mis à part les cas particuliers de certains priapismes mécaniques de causes hématologiques telles que les leucoses (2 cas) et la drépanocytose où l'association d'un traitement médical spécifique à visée étiologique peut être proposée, nous pensons illusoire et dangereux tout traitement médical isolé qui viendrait retarder une intervention de dérivation. Il convient cependant de nuancer cette affirmation chez l'enfant où, même plus tardivement, le résultat fonctionnel à distance nous est apparu, avec un taux de bons résultats de 86 p. 100, meilleur que chez l'adulte.

La ponction-drainage balanique (3, 7) transglandulaire et unilatérale sans excision de l'albuginée a notre préférence. C'est à notre avis le geste qui doit à l'heure actuelle être pratiqué rapidement, dans les pays de forte endémicité drépanocytaire comme dans les priapismes médicamenteux, lorsque l'érection dépasse 6 à 10 heures et devient irréductible, même chez l'enfant où cette intervention ne présente aucun risque en dépit de la petite taille de la verge.

Au regard d'autres statistiques qui avoisinent 50 à 60 p. 100 de succès à distance (6, 8) et même davantage (5), le résultat global de notre série avec 33 p. 100 de bons résultats toutes techniques confondues est décevant et illustre la gravité du priapisme. Dans notre expérience, ces résultats sont largement tributaires de la technique utilisée et, bien qu'étant meilleurs avec la ponction-drainage balanique unilatérale à « ciel ouvert » telle que nous l'avons décrite, il convient néanmoins de se garder de trop d'enthousiasme après certains succès initiaux d'autant que les critères de guérison sont plus ou moins subjectifs. Le retour à l'état de flaccidité en postopératoire ne peut être considéré comme un signe de guérison, de même que la nature altérée des érec-

tions ne permettant pas le retour à une vie sexuelle normale (9,8 p. 100). Enfin, plus particulièrement pour des raisons socioculturelles, l'impuissance séquellaire tardive est souvent méconnue du fait de l'absence de suivi ultérieur ou parce que difficilement avouée par le patient lui-même.

L'intérêt du traitement chirurgical du priapisme reste controversé en raison de ses résultats discordants et des interrogations concernant sa place par rapport au traitement médical (9). Notre but a été de tenter la réactualisation d'une approche du priapisme plus conforme aux connaissances physiopathologiques récentes dans un contexte bien particulier de zone d'endémie drépanocytaire. Toutefois, le traitement du priapisme présente encore de grandes incertitudes face à la multiplicité des solutions médicales ou chirurgicales proposées, dont aucune à ce jour ne s'est montrée totalement satisfaisante pour une bonne préservation de la capacité érectile (3, 6, 9).

CONCLUSION

La grande fréquence de la drépanocytose en Afrique noire (5) fait du priapisme une affection non exceptionnelle et grave qui, dans notre série, s'accompagne dans près de 60 p. 100 des cas, d'incapacité érectile définitive chez une population en majorité jeune et en pleine activité sexuelle. A défaut d'être le traitement chirurgical idéal, la ponction-drainage balanique transglandulaire unilatérale simple et rapide demeure à notre avis le meilleur geste. Le pronostic du priapisme étant lié à la précocité du traitement, traité tardivement, le taux d'échec est si élevé qu'aucune attitude pratique ne peut être actuellement recommandée.

Si bien des incertitudes demeurent sur le bien fondé des multiples traitements à proposer, en particulier médicaux (9), le traitement chirurgical précoce semble être le plus logique, en particulier dans le priapisme drépanocytaire, pour éviter les dégâts tissulaires et réduire le nombre d'impuissance secondaire.

REFERENCES

- 1 - BONDIL P. - Aspects physiopathologiques du priapisme. Maladie ou symptôme? *J. Urol.* 1990; **96** : 115-118.
- 2 - DEVOLDERE G., RICARD J., CANARELLI J.P. - A propos d'un cas de priapisme chez un enfant de 4 ans. *Prog. Urol.* 1991; **1** : 1039-1041.
- 3 - SARRAMON J.P., LHEZ J.M., LEANDRI P., ROSSIGNOL G. - Priapisme. *Encycl. Med. Chir. Rein Organes Genito-Urinaires.* Editions Techniques ed., Paris, 1983, 11 p.
- 4 - MSELLEM D., GUETTA T., ARVIS G. - Traitement médical et chirurgical du priapisme. *Encycl. Med. Chir. Techniques chirurgicales-Urologie.* Elsevier ed., Paris, 1997, 8 p.
- 5 - TSHIPETA, LUFUMA - Priapisme drépanocytaire. Considérations thérapeutiques à la lumière de 23 observations. *J. Urol.* 1980; **86** : 699-702.
- 6 - RAVERY V., DELMAS V., RESTREPO F. et Coll. - Priapisme de l'adulte : à propos de 15 cas. *Prog. Urol.* 1995; **5** : 697-700.
- 7 - GIROT V., HUBERT J., JUNKE E. et Coll. - Le priapisme : évolution thérapeutique. *J. Urol.* 1989; **95** : 66-67.
- 8 - KHORIATY N., SCHICK E. - La chirurgie du priapisme. *J. Urol.* 1980; **86** : 283-291.
- 9 - BONDIL P., DESCOTTES J.L., SALTIA. et Coll. - Traitement médical