

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But -Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako  
Faculté de médecine et d'odontostomatologie



**U.S.T.T-B**

Année Universitaire 2023/2024

Mémoire



**THROMBOSE DE LA VEINE DORSALE DE LA  
VERGE : A PROPOS D'UN CAS AU SERVICE DE  
RADIOLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le /13/05/2024 Devant le jury de la faculté  
de médecine et d'odontostomatologie

Par **Dr Brahima CISSE**

Pour obtenir le **Diplôme Universitaire en Echographie**

Jury

Président : Pr Adama Diaman KEITA

Membres : Dr Adama DAO

Co-directeur : Dr Mamadou N'DIAYE

Directeur : Pr Mahamadou DIALLO

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DECICACES**

### **A mon défunt père**

Cher père, je te dédie ce travail car c'est grâce à ton engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Ton engagement dans mon éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin. Que le tout puissant ALLAH vous accueille dans son paradis.

### **A ma défunte mère**

Chère mère vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, votre encouragement et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Je vous remercie pour tout. Que le tout puissant ALLAH vous accueille dans son paradis.

### **A mon grand frère Allaye Cissé dit wolly Cissé**

Merci pour ton soutien.

## **REMERCIEMENTS**

### **A ALLAH**

Louange à ALLAH Le Tout Puissant, l'Omniscient, l'Omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail.

**A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines de la famille,** recevez mes remerciements pour votre encouragement et votre soutien.

**A mes collègues et collaborateurs,** merci pour votre soutien et votre collaboration depuis le début de ce cursus universitaire

**A tous les professeurs, DES, médecins, internes etc. du service de radiologie du CHU Gabriel Touré**

## **Table des matières**

I. Introduction .....	1
II. Objectifs .....	3
II.1 Objectif général .....	3
II.2 Objectifs spécifiques.....	3
III. Généralités.....	5
III.1 Anatomie du pénis .....	5
III.1.1 Les enveloppes .....	5
III.1.2 Les corps érectiles .....	5
III.2 Vascularisation du pénis [5].....	9
III.2.1 La vascularisation artérielle.....	9
III.2.2 Le drainage veineux.....	10
III.3 Innervation du pénis .....	12
III.4 Etiologie .....	13
III.5 Diagnostic de la thrombose veineuse superficielle dorsale du pénis .....	14
III.5.1 Diagnostic clinique.....	14
III.5.2 Diagnostic échographique.....	14
III.5.3 Diagnostic différentiel.....	14
III.6 Traitements .....	15
IV. Méthodologie .....	17
IV.1 Cadre d'étude :.....	17
IV.2 Matériels d'étude : .....	17
IV.3 Type et période d'étude .....	17
V. Patient et observation.....	19

VI. Commentaires et discussion.....	25
VII. Conclusion .....	28
VIII. Références bibliographiques.....	30

## **Liste des abréviations**

CHU : Centre Hospitalo- Universitaire

BPM : Battement Par Minute

HB : Hémoglobine

MM : Millimètre

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologiques de Bamako

MS : Milliseconde

## Liste des figures

Figure 1: les corps érectiles .....	7
Figure 2: coupe transversale du pénis [4].....	8
Figure 3: Coupe transversale du pénis [4].....	9
Figure 4: vascularisation du pénis [7] .....	12
Figure 5 : Écho-doppler veineux de la verge en coupe transversale montrant une thrombose de la veine superficielle de la verge .....	21
Figure 6 : Écho-doppler veineux de la verge en coupe longitudinale montrant une thrombose de la veine superficielle et profonde de la verge .....	22
Figure 7 : Écho-doppler veineux de la verge en coupe transversale montrant une augmentation de calibre segmentaire et absence de compressibilité de la veine	23



# **I. INTRODUCTION**

## **I. Introduction**

La thrombose de la veine dorsale superficielle de la verge est une affection exceptionnelle et mal connue en urologie. Initialement décrite en 1950 par Braun-Falco[1], ensuite Helm et Hodge [2] ; dès-lors, environs de 50 cas furent rapportés.

L'incidence et la prévalence de la thrombose de la veine dorsale superficielle de la verge ne sont pas connues.

Le patient se présente généralement avec une rougeur et un gonflement de la face dorsale de la verge, accompagnées d'une veine thrombosée palpable et douloureuse. L'étiopathogénie subjacent reste toujours méconnue néanmoins l'étiologie qui est généralement retrouvé est une distension et une torsion de veines de la verge durant de l'acte sexuel allongés et intenses[3].

L'échocardiographie Doppler est aujourd'hui l'examen de référence car peu coûteux, fiable, reproductible et inéluctable lors du diagnostic et le suivi des thromboses de la veine dorsale superficielle de la verge. Mieux connaître les thromboses de la veine dorsale superficielle de la verge devrait permettre de soumettre des mesures en vue de coordonner davantage leur prise en charge.

Cependant, il est important de souligner un manque de données concernant la thrombose de la veine dorsale superficielle du pénis au Mali.

C'est dans cet ordre d'idée que nous avons initié ce travail pour décrire l'aspect clinique et échographique de la thrombose de la veine dorsale superficielle de la verge dans le service de radiologie de l'hôpital Gabriel TOURE

Nous présentons le cas d'un homme qui a été admis pour cette pathologie.

# **II. OBJECTIFS**

## **II. Objectifs**

### **II.1 Objectif général**

Étudier la thrombose de la veine dorsale de la verge au service de radiologie du CHU Gabriel TOURE

### **II.2 Objectifs spécifiques**

- ✓ Décrire l'aspect clinique d'un cas de thrombose de la veine dorsale superficielle de la verge dans le service de radiologie du CHU Gabriel TOURE.
- ✓ Décrire l'aspect échographique d'un cas de thrombose de la veine dorsale superficielle de la verge dans le service de radiologie du CHU Gabriel TOURE.

# **III. GENERALITES**

### **III. Généralités**

#### **III.1 Anatomie du pénis**

Le pénis, organe de la copulation et de la miction chez l'homme, est constitué essentiellement par les organes érectiles entourés par des enveloppes [4].

##### **III.1.1 Les enveloppes**

Hormis le gland, les organes érectiles sont entourés de quatre enveloppes : le fascia pénis ou fascia de Buck, le fascia de Colles, le dartos pénien et la peau.

De la superficie à la profondeur on a :

\_La peau, fine et mobile ;

Le dartos pénien, enveloppe musculaire, adhérent à la face profonde de la peau ;

\_Le fascia de Colles, fait d'une couche cellulo-adipeuse pour le glissement ;

\_ Le fascia pénis, ou fascia de Buck est une membrane fibro-élastique, très résistante ; elle engaine directement les corps caverneux et le corps spongieux auxquels elle adhère.

Le fascia pénis recouvre les vaisseaux profonds du dos de la verge, cheminant dans l'angle caverneux supérieur, ainsi que leurs branches qui courent à la surface des corps érectiles. Par contre les vaisseaux superficiels dorsaux cheminent au-dessus du fascia pénis.

##### **III.1.2 Les corps érectiles**

Le pénis contient trois structures qui permettent l'érection ; car elles contiennent du tissu érectile. Ce tissu érectile est constitué des deux corps caverneux (latéralement) cylindriques, parallèles et le corps spongieux situé au milieu de la verge ; ce dernier contient l'urètre et forme l'essentiel du gland

Les corps érectiles ont en commun d'être constitués de lacs vasculaires (les cavernes ou aréoles), qui sont en fait des capillaires flasques à l'état de repos mais capables de se gorger de sang lors des érections. Le trajet des corps érectiles part

du périnée à la base du gland.

### **III.1.2.1 Les corps caverneux : [5]**

Les corps caverneux sont composés d'un tissu musculo-vasculaire aréolaire, et entourés d'une enveloppe fibreuse épaisse : l'albuginée. C'est cette enveloppe fibreuse qui permet la turgescence à haute pression, car très ferme et presque ligneuse.

En arrière, chaque corps caverneux prend racine au bord inférieur de la branche ischio-pubienne correspondante, dans ses 2/3 antéro-externes sauf au voisinage immédiat de la symphyse pubienne. De là ils se dirigent vers la ligne médiane, leurs faces médiale et inférieure étant recouvertes par les muscles ischio-caverneux. Augmentant progressivement de volume, les deux corps caverneux convergent sous les branches ischio-pubiennes, se réunissent par leur face interne en dessous de l'arcade pubienne et parcourent ensuite le pénis proprement dit dans toute sa longueur.

Ainsi fusionnés entre eux ils se disposent en canon de fusil, et délimitent entre eux deux gouttières longitudinales et médianes :

- \_ La gouttière supérieure est occupée par la veine dorsale profonde, les artères dorsales et les nerfs dorsaux du pénis ;
- \_ La gouttière inférieure est beaucoup plus large et profonde ; et c'est à ce niveau que s'encastre le corps spongieux. Sur la ligne médiane, les corps caverneux sont en contact, séparés seulement par une cloison médiane commune : le septum du pénis. En avant, chaque corps caverneux se termine par un sommet mousse qui s'enfonce dans la base du gland. Leur septum se continue en une lame fibreuse horizontale sus-urétrale dont la face inférieure, creusée en gouttière reçoit le canal urétral.

### **III.1.2.2 Le corps spongieux**

Encastré dans la gouttière caverneuse inférieure, le corps spongieux engaine l'étendu de l'urètre antérieur. Son épaisseur n'est pas uniforme, elle est plus importante sur la face inférieure de l'urètre particulièrement au niveau de son

extrémité postérieure : le bulbe. Son albuginée est également moins résistante et ses aréoles comportent moins de fibres musculaires lisses. Le corps spongieux est séparé des corps caverneux par le fascia de Buck.

### III.1.2.3 Le gland

Il est constitué d'un tissu érectile semblable à celui des corps caverneux et du corps spongieux. Il abrite à son sommet le méat urétral. Dépourvu d'albuginée, il est uni au reste du pénis par le sillon balano-préputial excepté sur la ligne médiane d'où le prépuce s'insère à lui par le frein.

Trois formations prennent part à sa constitution :

L'extrémité antérieure des corps caverneux par la lame sus-urétrale qui émet des fibres rayonnant vers la périphérie ;

L'extrémité antérieure du corps spongieux ;

Autour de ces formations fibreuses, une épaisse lame de tissu érectile, absente à la face inférieure, forme la principale partie du gland

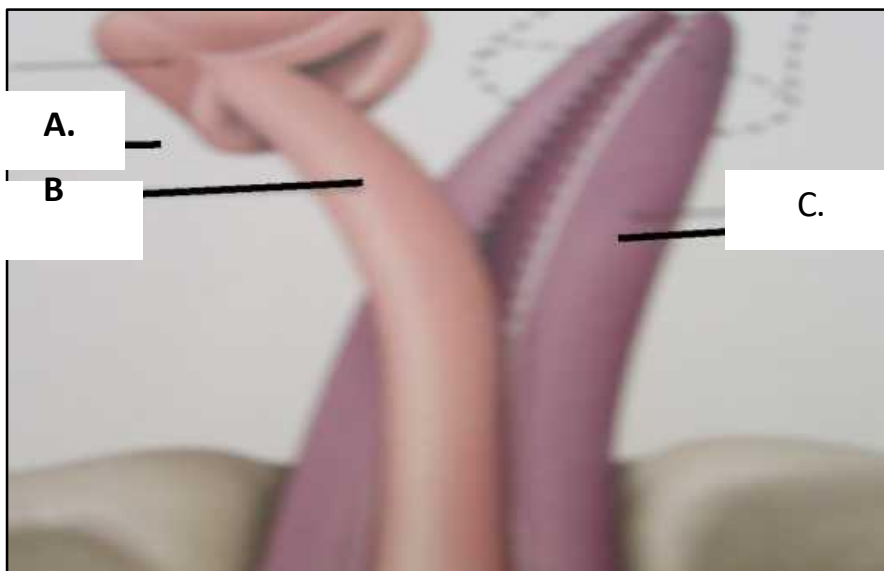


Figure 1: les corps érectiles

- A. Gland
- B. Corps spongieux
- C. Corps caverneux



Au niveau de l'accolement des deux corps caverneux, l'albuginée forme leur cloison médiane et prend le nom de septum. Ce septum est percé de nombreuses fentes verticales, surtout en avant, séparées par des travées d'albuginée en dents de peigne, faisant communiquer entre eux les corps caverneux. Le tissu érectile se compose de nombreuses travées qui se détachent de la face profonde de l'albuginée. Elles s'anastomosent entre elles et limitent des cavités remplies de sang, les aréoles ou lacunes qui communiquent les unes avec les autres

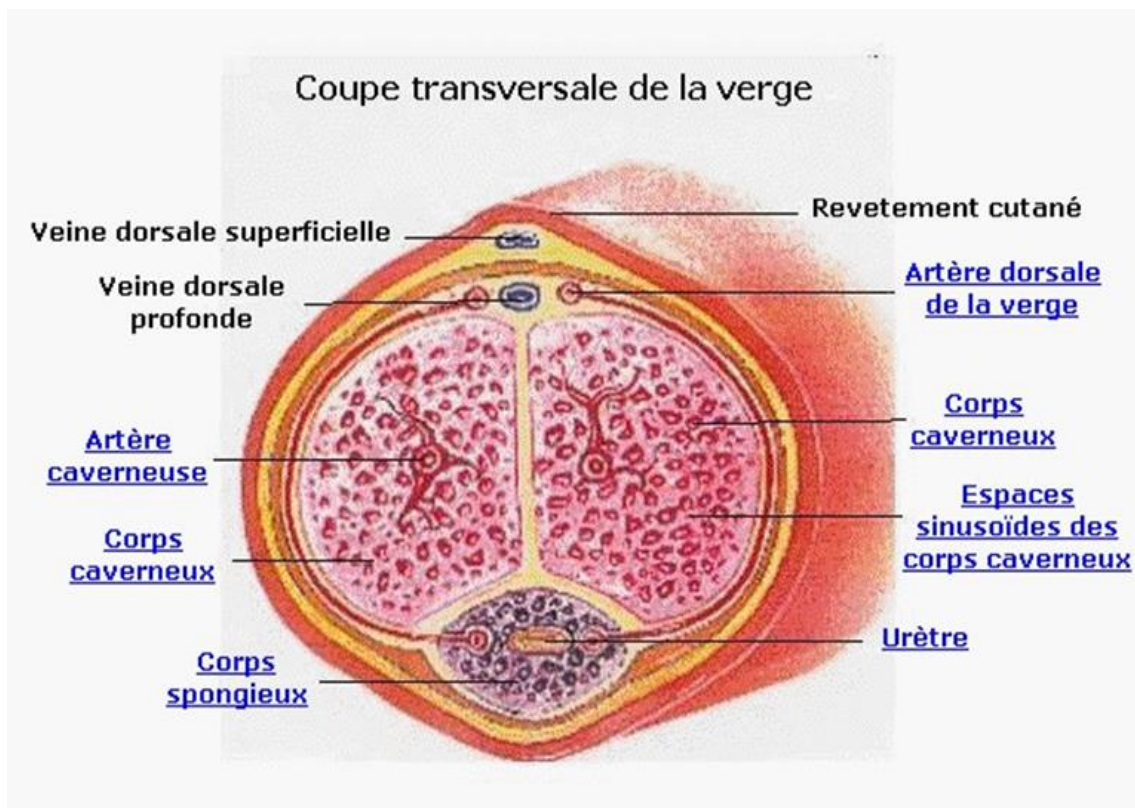


Figure 2: coupe transversale du pénis [4]

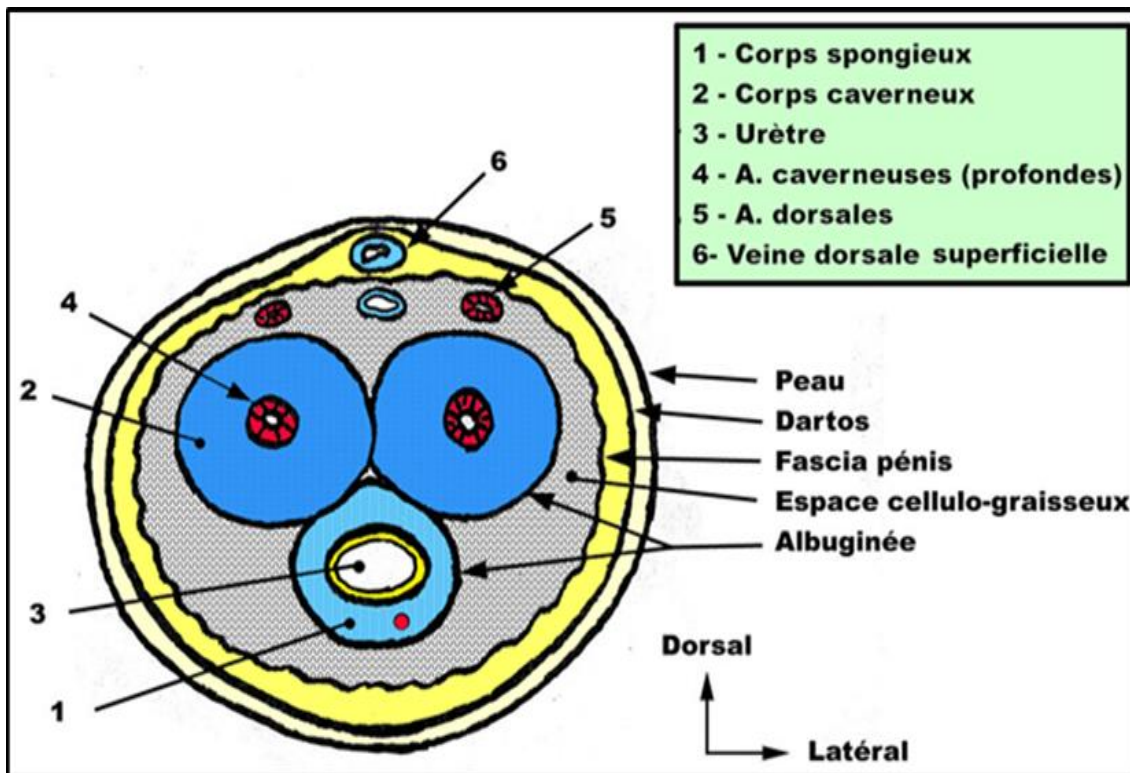


Figure 3: Coupe transversale du pénis [4]

### III.2 Vascolarisation du pénis [5]

Elle est à la fois artérielle et veineuse. En périphérie les aréoles bénéficiant le sang artériel se changent en veinules de drainage, les corps caverneux effectuent ainsi une anastomose artério-veineuse.

#### III.2.1 La vascularisation artérielle

Les artères caverneuses se forment à partir des branches de l'artère hypogastrique qui débouchent au milieu des corps caverneux.

A la différence autres vaisseaux du système cardiovasculaire, elles possèdent dans leur intima de coussinets vasculaires qui agit dans la régulation du flux sanguin de la verge, en travaillant comme des sphincters.

Ces coussinets, existe uniquement dans l'artère dorsale de la verge et dans les artères caverneuses et est constitué de fibres musculaires lisses longitudinales, intégrés dans un dédoublement de la lame élastique interne. Les coussinets sont

répartis de manière inégale le long de l'arbre artériel pénien mais sont absent sur l'artère honteuse interne, les artères bulbaire et urétrale.

La vascularisation artérielle du pénis est assurée par deux systèmes artérielle :

**Le système superficiel** est approvisionné par l'artère honteuse externe et la périnéale superficielle (toutes deux issues de l'artère hypogastrique) qui assurent la vascularisation des enveloppes péniennes et le prépuce.

**Le système profond** assurant le rôle fonctionnel dans l'érection, il est approvisionné par l'artère honteuse interne qui est issue de l'artère hypogastrique. Elle passe dans l'excavation pelvienne, dans le périnée postérieur puis antérieur. En traversant sous la symphyse pubienne, elle devient alors l'artère dorsale du pénis.

L'artère honteuse interne donne quatre collatérales intéressant les organes génitaux externes :

- \_ L'artère périnéale superficielle,
- \_ L'artère bulbaire,
- \_ L'artère urétrale,

L'artère caverneuse (artère profonde du pénis) ; rejoint (par le plan moyen du périnée) la face supéro- interne du corps caverneux correspondant. Elle gagne le gland en produisant des collatérales, ce sont les artères hélicines. L'artère caverneuse est une artère terminale, donc sans possibilité de suppléance en cas d'obstruction [6].

L'artère dorsale de la verge donne des ramifications aux corps caverneux et au corps spongieux (artère péri caverneuse) et continue son trajet vers le gland pour le vasculariser (artères hélicines).

### **III.2.2 Le drainage veineux**

La veine dorsale profonde et son réseau contient des coussinets vasculaires en nombre plus élevé comparativement au réseau artériel, avec une structure histologique semblable.

Le mécanisme de blocage est assuré par la contraction similaire d'une couche musculaire circulaire (plus ou moins épaisse et située à la périphérie de la méso veine) et des fibres longitudinales du coussinet. Ces coussinets peuvent être visualisés par la cavernographie et se présentent comme des valves sur la veine dorsale profonde, avant sa traversée du ligament supérieur.

Au total, trois systèmes veineux drainent le pénis :

**Le réseau superficiel** draine le prépuce, la peau et le tissu sous cutané. De multiples veines superficielles se drainent dans la veine dorsale superficielle qui se jette le plus souvent à gauche dans la veine saphène interne. Ce réseau circule au-dessus du fascia de Buck.

**Le réseau intermédiaire** est formé de la veine dorsale profonde et des veines circonflexes. Il draine le gland, le corps spongieux et les deux tiers distaux des corps caverneux. La veine dorsale profonde naît de la réunion de deux plexus constitué par les veines du gland. Ce réseau circule sous le fascia de Buck entre les deux artères. La veine dorsale profonde rejoint ensuite le plexus de Santorini via le ligament suspenseur.

**Le réseau profond** est formé par la veine caverneuse et la veine bulbaire qui se jettent dans la veine honteuse interne.

Certains auteurs pensent que le drainage veineux est double, la veine dorsale superficielle étant uniquement tégumentaire et se terminant dans la veine saphène interne.

La veine dorsale profonde par contre chemine dans la gouttière des corps caverneux (l'albuginée), pour recueillir le sang des aréoles. Elle se jette par la suite dans le plexus de Santorini, et ces deux systèmes sont anastomosés.

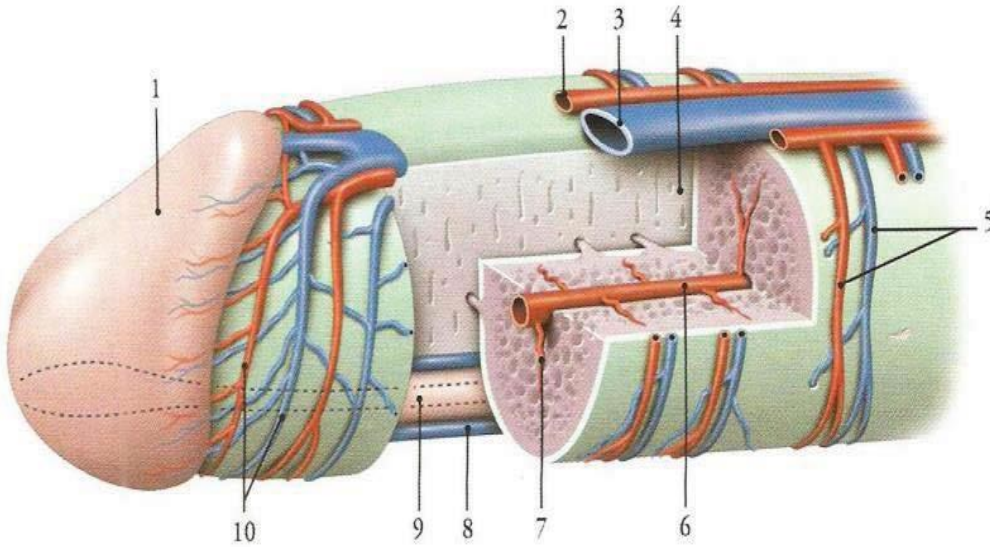


Figure 4: vascularisation du pénis [7]

**Légende :**

1. Gland ;
2. Artère dorsale du pénis ;
3. Veine dorsale du pénis
4. Septum du pénis ;
5. Artère et veine circonflexes ;
6. Artère profonde du pénis ;
7. Artère Hélicine ;
8. Veine spongieuse (veine bulbaire) ;
9. Corps spongieux ;
10. Cercles artériels et veineux du gland

**III.3 Innervation du pénis**

Elle est assurée à la fois par le système cérébrospinal, sympathique et parasympathique.

**L'innervation cérébro-spinale** est sous le contrôle des centres nerveux supérieurs, encéphalique et hypothalamique. L'information est par la suite renvoyée à l'organe effecteur à travers la moelle épinière.

En ce qui concerne **l'innervation sympathique**, les centres médullaires

principaux sont en D11-L3 ; et certaines fibres nerveuses passent à travers les ganglions sympathiques paravertébraux correspondants, pour constituer les nerfs splanchniques lombaires, lesquels qui finissent dans le plexus hypogastrique supérieur, en avant de l'aorte abdominale. C'est de là que commencent les deux nerfs hypogastriques qui progresse par la suite le long des vaisseaux iliaques pour finir dans le plexus pelvien. Les fibres hypogastriques qui ont pour but l'innervation du pénis empruntent ensuite les nerfs caverneux.

Il y'a aussi la présence d'une voie sympathique para vertébrale et lombo-sacrée, parcourant en arrière des gros vaisseaux avant de rejoindre les nerfs pelviens et le nerf honteux interne. En ce qui concerne l'innervation parasymphatique, les centres médullaires principaux sont en S2-S4.

### **III.4 Etiologie**

Le principal est une activité sexuelle excessive. La drépanocytose serait également un facteur de risque. En effet, Nachmann MM et al [8] dans leur étude sur la manifestation de la maladie de Mondor pénienne au cours d'une crise drépanocytaire, avaient impliqué la drépanocytose comme facteur favorisant dans la genèse de thrombus.

D'autres étiologies ont également été décrites notamment :

- Les traumatismes,
- L'abstinence sexuelle prolongée,
- Les processus infectieux locaux ou à distance,
- Une injection de produits intraveineux au niveau de la verge,
- Les suites d'une intervention chirurgicale pour une hernie inguinale,
- Une compression veineuse par une tumeur locale ou un globe vésical,
- Une atteinte néoplasique dans un autre territoire,
- Des tumeurs pelviennes ou des agents vasoconstricteurs utilisés dans certaines pratiques sexuelles [8] [3]

Cependant la maladie de Mondor peut survenir sans étiologies clairement identifiées d'une manière idiopathique

### **III.5 Diagnostic de la thrombose veineuse superficielle dorsale du pénis**

#### **III.5.1 Diagnostic clinique**

Le diagnostic de la thrombose veineuse superficielle dorsale du pénis est clinique et est basé sur l'histoire de la maladie et l'examen physique.

L'examen retrouve un cordon durci au niveau de la face dorsale de la verge, qui correspond à la veine dorsale thrombosée qui est devenue épaisse et adhérente à la peau sous-jacente. Parfois La lésion va s'étendre de façon crâniale jusque dans la zone sus-pubienne et la veine peut sembler augmentée de volume et érythémateuse. Aigu, subaigu ou chronique et évolué sont les trois stades cliniques observé dans la thrombose de la veine dorsale de la verge. La phase aiguë se manifeste habituellement chez les hommes dont la tranche d'âge se situe entre 20 et 40 ans et typiquement après 24 heures au décours d'un rapport sexuel intense et prolongé entraînant un traumatisme de l'endothélium vasculaire [9].

#### **III.5.2 Diagnostic échographique**

L'échographie-doppler de la verge est l'examen de choix, surtout en cas de doute de diagnostic et donne, en outre la confirmation diagnostique mais aussi un examen de référence dans le cadre du suivi. Elle permet d'objectiver généralement un thrombus veineux dans la veine dorsale superficielle du pénis et/ou une absence du courant veineux.

#### **III.5.3 Diagnostic différentiel**

Le diagnostic différentiel devant une tuméfaction douloureuse avec déformation du pénis y compris la fracture des corps caverneux ; la maladie de la Peyronie qui est une déformation algique du pénis lors de l'érection, la rendant parfois impossible, sans palpation d'un cordon induré dorsal ; un lymphoedème qui est une tuméfaction douloureuse de la verge mais également de la bourse et enfin la

lymphangite sclérosante, caractérisée par la présence des vaisseaux lymphatiques épaissis, turgescents et serpigneux [10, 11].

### **III.6 Traitements**

La prise en charge est symptomatique chez beaucoup de malades de nos jours. Toutefois l'antibiothérapie est associée en cas de cellulite ou d'une exposition aux maladies sexuellement transmissibles et l'éveinage ou la thrombectomie dans les formes évoluées de la maladie de Mondor [4]. La principale recommandation pour le traitement est l'abstinence sexuelle jusqu'à rémission des symptômes. Néanmoins l'infiltration locale des anesthésiques (0,5% de PUBIVACAÏNE®) autour de la zone thrombosée calmerait considérablement la douleur [9].



# **IV.METHODOLOGIE**

## **IV. Méthodologie**

### **IV.1 Cadre d'étude :**

Le centre hospitalo-universitaire du Gabriel Touré a servi de cadre d'étude.

### **IV.2 Matériels d'étude :**

L'examen a été réalisé dans service sous la supervision d'un radiologue avec un appareil d'échographe de marque Esse3 mise en service en 2019 muni de quatre (4) sondes.

### **IV.3 Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive d'un cas clinique de thrombose de la veine dorsale de la verge chez un homme de 32 ans durant le mois de novembre 2024

# **V. PATIENT ET OBSERVATION**

## V. Patient et observation

Il s'agit d'un homme de 32 ans ayant été référé au CHU Gabriel Touré pour une échographie doppler du pénis. Il avait consulté pour une tuméfaction douloureuse de la verge avec fièvre, douleurs inguinales droites. Il avait comme antécédant une douleur pelvienne récurrente, une tuméfaction de la verge avec rémission spontanée mais n'avait aucun antécédent chirurgical. La maladie aurait commencé y'a 1 mois environ marqué par des douleurs pelviennes récurrentes suivies quelques jours plus tard de tuméfaction douloureuse de la verge sans notion d'activité sexuelle.

L'examen clinique a retrouvé une induration douloureuse de la face antérieure de la verge qui est tuméfiée. Une tension artérielle à 110 /70mmhg, une température à 36,7°C et une fréquence cardiaque à 68bpm ont été révélés. Les conjonctives bien colorées, un abdomen souple avec douleurs exquises au niveau de la fosse iliaque droite ont été également retrouvés. Les bourses et les testicules étaient sans particularités. L'examen vasculaire était sans particularité

Les examens biologiques sanguins montraient une élévation de la créatinémie, de l'urée de l'uricémie du calcium du chlore et du magnésium. Le reste des examens biologiques sanguins était sans particularité.

L'électrophorèse de l'hémoglobine a relevé le génotype Hb A1 98% A2 2%.

L'électrocardiogramme a montré un rythme sinusal régulier à 66 BPM, un axe en DII, espace PR = 150ms, une onde QRS = 100ms, QTc = 391 ms et une fragmentation QRS en V1. Il n'a pas retrouvé d'hypertrophie cavitaire ni de signes d'insuffisance coronaire.

L'échographie doppler de la verge a relevé une dilatation de la veine dorsale du pénis avec du matériel échogène (thrombose) mesurant 5X3mm associée à un œdème lymphatique (Images Echodoppler). L'échographie n'a pas relevé d'anomalie morphologique du corps caverneux et spongieux.



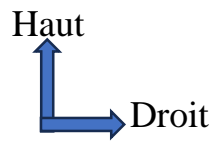
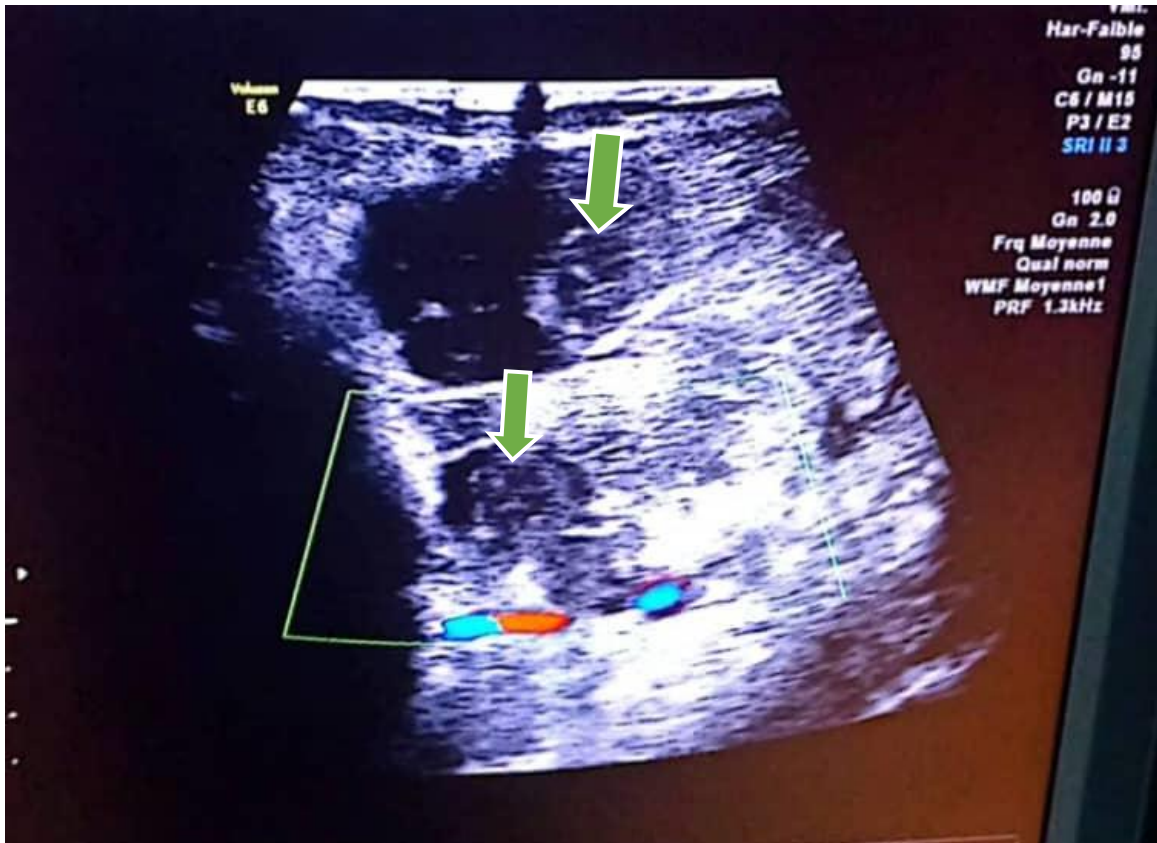
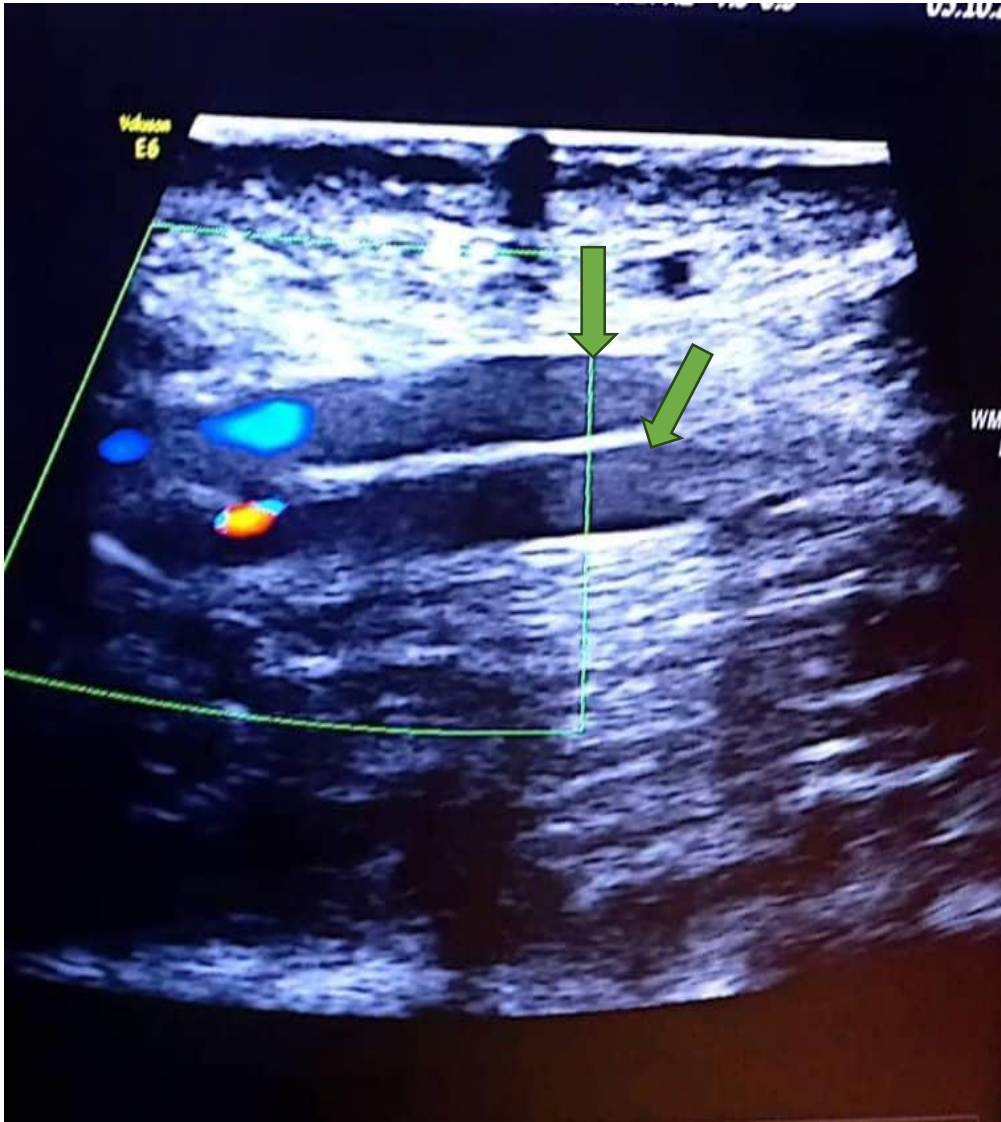


Figure 5 : Échographie doppler veineux de la verge en coupe transversale montrant une thrombose de la veine superficielle de la verge



Haut  
↑  
L  
→ Droit

Figure 6 : Échographie doppler veineux de la verge en coupe longitudinale montrant une thrombose de la veine superficielle et profonde de la verge

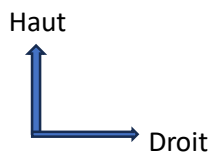
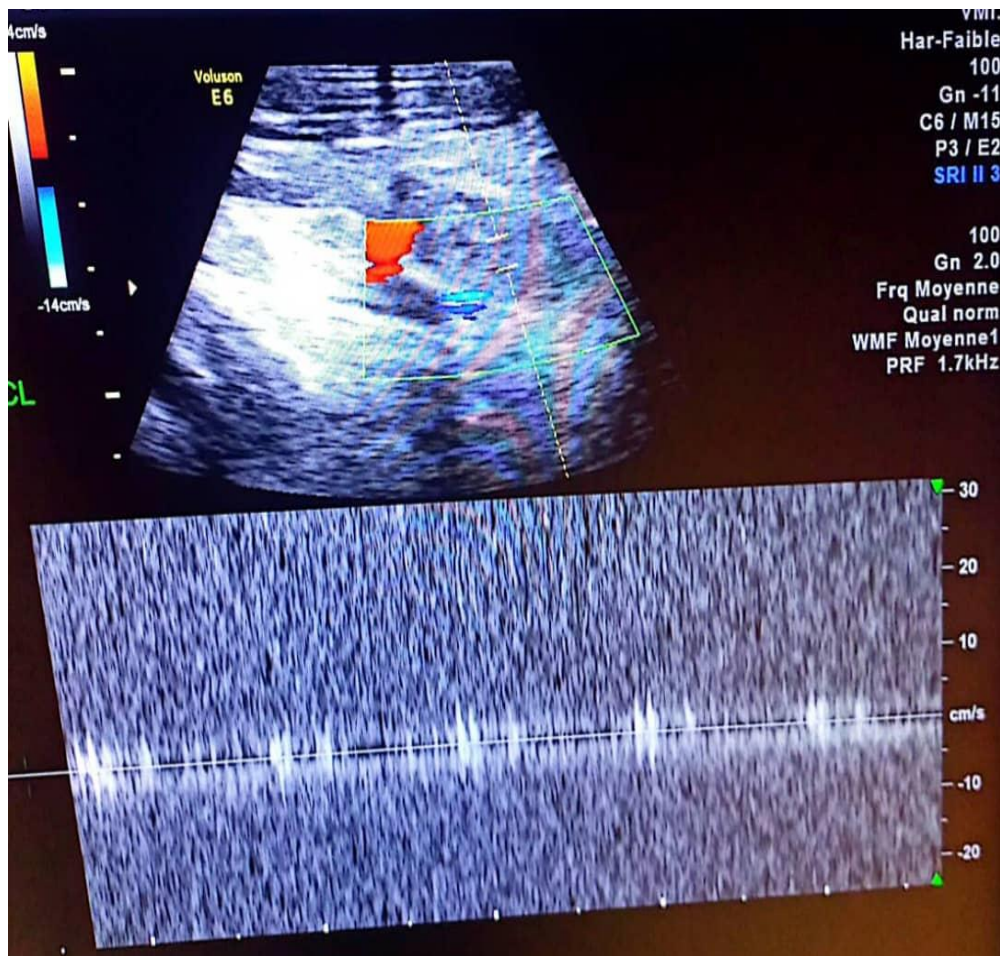


Figure 7 : Échographie doppler veineux de la verge en coupe transversale montrant une augmentation de calibre segmentaire et absence de compressibilité de la veine



# **VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **VI. Commentaires et discussion**

La thrombose de la veine dorsale de la verge est une affection bénigne qui affecte la veine dorsale superficielle du pénis, survenant chez les hommes ayant une vie sexuelle active dont la tranche d'âge se situe parfois entre 21 et 70 ans [9]. Beaucoup de facteurs de risques ont été évoqué mais l'étiologie reste inconnue. La principale étiologie est une activité sexuelle excessive mais nous n'avons pas retrouvé cette étiologie dans notre cas. D'autres étiologies ont également été décrites notamment les traumatismes, l'abstinence sexuelle prolongée, les processus infectieux locaux ou à distance, une injection de produits intraveineux au niveau de la verge, les suites d'une intervention chirurgicale pour une hernie inguinale, une compression veineuse par une tumeur locale ou un globe vésical, une atteinte néoplasique dans un autre territoire, des tumeurs pelviennes ou des agents vasoconstricteurs utilisés dans certaines pratiques sexuelle[3, 8]. Cependant, Nachmann MM et al [6], avaient supposé la drépanocytose comme facteur aidant dans la genèse de thrombus. Tous ces facteurs n'ont pas été retrouvés dans notre cas. Cependant la maladie de Mondor peut survenir sans étiologies clairement identifiées d'une manière idiopathique.

Le diagnostic de la thrombose veineuse superficielle dorsale de la verge est essentiellement clinique et est basé sur l'histoire de la maladie et l'examen physique. Le patient présente une induration douloureuse face dorsale de la verge qui est tuméfiée, qui correspond à la veine dorsale thrombosée, devenue épaisse et adhérente à la peau sous-jacente. Desportes E. et al.[12] a également noté l'apparition d'un cordon induré douloureux sur la face dorsale du pénis chez un homme de 25 ans. Parfois l'affection va se prolonger de manière crâniale jusque dans la zone sus-pubienne et la veine peut paraître augmenter de volume et érythémateuse.

Les examens biologiques sanguins montraient une élévation du taux de créatinémie, urée, uricémie, calcium, chlore, magnésium dans notre étude. Par

contre Botcho G. et al. [13] dans son étude avait trouvé les examens biologiques standards (sang et urine) normaux

# **VII. CONCLUSION**

## **VII. Conclusion**

La thrombose veineuse dorsale de la verge est une maladie exceptionnelle qui se caractérise par une algie et un durcissement de la face dorsale du pénis. Les facteurs de risques généralement suspectés sont un traumatisme, un néoplasie, des rapports sexuels abusifs ou une abstinence sexuelle trop longue. Dans notre cas nous avons trouvé une absence d'activité sexuelle excessive. C'est nécessaire de différencier cette maladie d'une lymphangite sclérosante ou de la maladie de la peyronie d'où la nécessité d'une échodoppler.

La thrombose veineuse dorsale de la verge est une affection sérieuse qui nécessite une attention médicale immédiate. Il est capital de ne pas ignorer les symptômes et de consulter un professionnel de santé dès que possible pour un diagnostic et un traitement appropriés.

# **VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## VIII. Références bibliographiques

5. "BLANC E., MERIA P., CUSSENOT O. Anatomie chirurgicale des organes génitaux masculins externes Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales - Urologie, 41-390 ; 1998, 12p."

13. "BOTCHO G : THROMBOSE DE LA VEINE DORSALE SUPERFICIELLE DU PENIS (MALADIE DE MONDOR). A propos d'un cas et revue de la littérature. Juillet 2016 Volume 1 N° 6."

1. "Braun-Falco O. Zur Klinik, histologie, und pathogenese der strangformigen oberflächlichen phlebitiden. Dermatol Wochenschr 1955; 132:705-15."

10. "Desportes E, Rabii A, Dautry R, Djebbar S, Hummel V, Schouman-Clayes E, Ravery V, Dallaudière B. Thrombose de la veine dorsale superficielle du pénis (maladie de Mondor). Ann. Fr. Med. Urgence 2013; 3: 337-339."

13. "Desportes, E., Rabii, A., Dautry, R., Djebbar, S., Hummel, V., Schouman-Clayes, E., ... Dallaudière, B. (2013). Thrombose de la veine dorsale superficielle du pénis (maladie de Mondor). Annales Françaises de Médecine D'urgence, 3(5), 337–339. doi:10.1007/s13341-013-0350-x "

2. "Helm JD, Hodge IG. Thrombophlebitis of a dorsal vein of penis, report of a case treated by phenylbutazone. J Urol 1958; 79:306-7."

7. "Isaac NWAHA Etude prospective des troubles de l'érection au service d'urologie du CHU du point G Thèse de médecine 2009 09M215."

6. "KAMINA P. Précis d'anatomie Tome IV 27, Rue de l'école de Médecine 750006 Paris Edition 2005."

4. "KONE O. : Etude des troubles de l'érection dans le service d'urologie CHU du point G. Memoire de médecine; Bamako 2015."

8. "Nachmann MM, Jaffe JS, Ginsberg PC, Horrow MM, Harkaway RC. Sickle cell episode manifesting as superficial thrombophlebitis of the penis. JAOA. 2003 ; 103 (2) : 102-104."

9. "Nazir SS, Khan M. Thrombosis of the dorsal vein of the penis (Mondor's Disease): A case report and review of the literature. Indian J Urol. 2010; 26(3): 431–433. ."

3. "Sasso F, Gulino G, Basar M, Carbone A, Torricelli P, Alcini E. Penile Mondor's disease : an underestimated pathology. Br J Urol 1996; 77:729-3."

11. " Zidani H, Foughali M, Laroche JP. Thrombose veineuse superficielle au niveau de la verge. Maladie de Mondor ? A propos d'un et revue de la littérature. J. Mal. Vasc. 2010 ; 35(6) : 352-354."



## **IX. FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** CISSE

**Prénom :** Brahima

**Titre de thèse :** thrombose de la veine dorsale de la verge : à propos d'un cas au service de radiologie du CHU Gabriel Touré

**Année de soutenance :** 2023-2024

**Ville de soutenance :** Bamako, **Pays d'origine :** République du Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'USTTB/Point-G/Bamako.

**Secteur d'intérêt :** urologie, imagerie.

**Résumé :** Il s'agit d'un homme de 32 ans ayant consulté pour une tuméfaction douloureuse de la verge avec fièvre et douleurs inguinales droites. L'examen clinique a retrouvé une induration douloureuse face antérieure de la verge qui est tuméfiée. Les conjonctives colorées, un abdomen souple avec douleurs exquise au niveau de la fosse iliaque droite ont été également retrouvés. Les bourses et testicules étaient sans particularités. L'examen vasculaire était sans particularité. Les examens biologiques sanguins montraient une élévation du taux de créatinémie, urée, uricémie, calcium, chlore, magnésium. L'électrophorèse de l'hémoglobine a relevé le génotype Hb A1 98% A2 2%. L'échographie doppler de la verge a relevé une dilatation de la veine dorsale du pénis avec du matériel échogène (thrombose) mesurant 5X3mm associée à de lymphœdème.

**Mots clés :** thrombose, veine dorsale, verge, CHU Gabriel Touré