

Item 48 (Item 272) – Pathologies génito-scrotales chez l’homme et le garçon

Collège Français des Urologues

2014

Table des matières

1. Pour comprendre.....	3
2. Phimosis.....	3
2.1. Définition.....	3
2.2. Complications.....	3
2.3. Traitement.....	4
3. Torsion du cordon spermatique.....	4
3.1. Généralités.....	4
3.2. Diagnostic.....	4
3.3. Examens complémentaires.....	4
3.4. Traitement.....	5
3.5. Diagnostics différentiels.....	5
3.6. Formes atypiques.....	6
4. Hydrocèle vaginale.....	6
4.1. Définition.....	6
4.2. Examen clinique.....	7
4.3. Examens complémentaires.....	7
4.4. Traitement.....	7
5. Cryptorchidie.....	7
5.1. Définition.....	7
5.2. Signes cliniques.....	8
5.3. Complications.....	8
5.4. Examens complémentaires.....	8
5.5. Prise en charge.....	8
6. Pour en savoir plus.....	9
6.1. Gangrène de Fournier.....	9
6.2. Paraphimosis.....	9
6.3. Varicocèle.....	10
6.4. Traumatisme testiculaire.....	11

Objectifs ENC

- Diagnostiquer un phimosis, une torsion du cordon spermatique, une hydrocèle, une cryptorchidie.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

1. Pour comprendre

Entre le 3^e mois *in utero* et la naissance, les testicules descendent de la région lombaire au scrotum. Le testicule descend à travers le canal inguinal le long d'une évagination du péritoine appelée canal péritonéo-vaginal (CPV). Cette évagination va s'atrophier et laisser subsister un reliquat : la vaginale. Plusieurs anomalies congénitales peuvent se produire au cours du processus de descente :

- cryptorchidie : descente incomplète du testicule ;
- ectopie testiculaire : testicule en position anormale ;
- hernie inguino-scrotale : le CPV reste ouvert et le contenu péritonéal descend dans la bourse ;
- hydrocèle et kyste du cordon : perméabilité du CPV et accumulation de liquide péritonéal.

2. Phimosis

2.1. Définition

Il s'agit d'une **sténose** fibreuse de l'orifice préputial. Le décalottage devient alors difficile voire impossible.

Il est **physiologique** chez le nourrisson et l'enfant jusqu'à 4 ans, expliqué par l'existence d'adhérences préputiales. Celles-ci se libèrent généralement spontanément, et les décalottages forcés sont à **proscrire**.

Le phimosis est également fréquent chez les patients diabétiques ainsi que chez les sujets âgés par insuffisance de décalottage.

2.2. Complications

La balano-posthite : il s'agit d'une inflammation du gland et du prépuce par défaut de décalottage et accumulation de smegma. Le plus souvent, seuls des soins locaux (bains d'antiseptique) sont nécessaires.

Une poche préputiale gonflée d'urine lors des mictions peut également se constituer.

On peut aussi constater une déviation du jet mictionnel.

Enfin, un paraphimosis (figure 1) peut apparaître par striction de l'anneau préputial au niveau du sillon balano-préputial. En l'absence de recalottage se forme un œdème du prépuce et du gland.

Figure 1 : Phimosis physiologique de l'enfant



2.3. Traitement

Chez l'enfant, pas de traitement avant 2–3 ans. La libération des adhérences préputiales peut également se faire sous anesthésie locale (crème EMLA) ou par application de dermocorticoïdes.

À partir de 5–6 ans et en cas d'échec des traitements locaux, un traitement chirurgical est à envisager. Il peut s'agir d'une plastie de prépuce ou d'une posthectomie.

Chez l'adulte, le traitement est d'emblée chirurgical. La chirurgie est indiquée en cas d'infections à répétition ou de gêne importante. Le traitement peut être conservateur (plastie de prépuce) ou non (posthectomie).

3. Torsion du cordon spermatique

3.1. Généralités

La torsion survient préférentiellement au moment des pics d'activité hormonale (nourrisson et adolescent entre 12 et 18 ans). Elle est rare après 40 ans. Elle entraîne une ischémie artérielle du testicule irréversible après 6 heures ainsi qu'un œdème testiculaire par gêne au retour veineux. Il s'agit d'une **urgence chirurgicale**. Toute douleur testiculaire unilatérale brutale est une **torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire**.

3.2. Diagnostic

L'interrogatoire recherche notamment des facteurs de risque de torsion du cordon spermatique (traumatisme testiculaire, antécédent de torsion du cordon spermatique controlatérale). Il recherche également des circonstances déclenchantes comme la période du réveil, ou après une douche. Le patient va décrire une douleur aiguë, intense, continue, unilatérale, irradiant vers la région inguinale, sans position antalgique, gênant la marche, parfois accompagnée de nausées ou vomissements.

L'examen physique sera **bilatéral et comparatif**.

Les signes de la torsion sont unilatéraux :

- bourse inflammatoire et douloureuse, augmentée de volume ;
- testicule dur, ascensionné, rétracté à l'anneau inguinal, horizontalisé ;
- abolition du réflexe crémasterien ;
- parfois, palpation du tour de spire.

Il n'existe pas de signe en faveur d'un diagnostic différentiel :

- infection urinaire : pas de fièvre, bandelette urinaire (BU) négative, pas d'écoulement urétral, toucher rectal (TR) non douloureux ;
- orifices herniaires libres ;
- abdomen souple et non douloureux ;
- testicule controlatéral normal.

3.3. Examens complémentaires

La chirurgie ne doit être retardée par aucune exploration complémentaire dès lors qu'une torsion spermatique est suspectée.

En cas de doute, il faut effectuer une exploration chirurgicale. L'échographie-Doppler testiculaire peut être faussement rassurante. Elle est principalement prescrite pour éliminer les diagnostics différentiels mais ne doit jamais retarder la prise en charge thérapeutique.

3.4. Traitement

Il s'agit d'une **urgence chirurgicale** car la nécrose devient irréversible en 6 heures.

Il faut donner une information sur la chirurgie, **prévenir du risque d'orchidectomie**, d'atrophie testiculaire et du risque ultérieur d'hypofertilité.

L'autorisation parentale d'opérer est à obtenir **dès lors que le patient est mineur**.

La chirurgie débute par une incision scrotale (figure 2), puis les principaux temps opératoires sont :

- l'ouverture de la vaginale testiculaire ;
- les prélèvements bactériologiques en cas d'hydrocèle réactionnelle ;
- l'extériorisation du testicule ;
- le bilan lésionnel : recherche et quantification des tours de spire, appréciation des lésions ischémiques testiculaires ;
- la détorsion testiculaire ;
- l'appréciation de la recoloration et de la viabilité du testicule :
 - si le testicule est viable : orchidopexie. L'orchidopexie controlatérale peut être réalisée dans le même temps ou ultérieurement,
 - si le testicule n'est pas viable : orchidectomie (envoi de la pièce en anatomopathologie).

Pas de pose de prothèse testiculaire dans le même temps devant le risque infectieux, celle-ci pourra être proposée dans un second temps.

La détorsion par manœuvre externe ne doit plus être utilisée.

Figure 2 : Torsion du cordon spermatique



3.5. Diagnostics différentiels

1) Torsion de l'hydatide sessile de Morgani

Il s'agit d'un reliquat embryonnaire situé au pôle supérieur du testicule. La douleur est généralement moins vive qu'une torsion du cordon spermatique. À la palpation, on perçoit une boule douloureuse, au pôle supérieur du testicule, qui peut être mise en évidence par transillumination du testicule. La préservation du réflexe crémasterien peut aider au diagnostic. En cas de certitude diagnostique, un traitement par AINS peut être entrepris. Au moindre doute diagnostique, l'exploration chirurgicale en urgence s'impose.

2) Hernie inguino-scrotale étranglée

Il s'agit d'une urgence chirurgicale. Des signes digestifs sont généralement associés (syndrome occlusif) et doivent faire évoquer ce diagnostic.

3) Cancer du testicule

La nécrose ou l'hémorragie intratumorale peuvent être très douloureuses. L'échographie-Doppler testiculaire peut être utile pour affiner le diagnostic. Au moindre doute, une exploration scrotale par voie **inguinale** doit être réalisée, le patient étant prévenu du risque d'orchidectomie.

4) Traumatisme testiculaire

5) Orchi-épididymite aiguë

Il faut rechercher des facteurs de risque comme un rapport sexuel à risque ou des antécédents d'IST.

Les signes cliniques d'infection urinaire sont souvent présents : la fièvre, les signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie...), l'écoulement urétral, les urines troubles, le TR douloureux en cas de prostatite associée, une BU positive. La douleur est d'apparition plus progressive, et la palpation testiculaire retrouve un épидидyme inflammatoire et douloureux.

6) Orchite isolée

L'orchite ourlienne est à évoquer en cas de contagé ourlien ou de parotidite.

L'orchite sur purpura rhumatoïde est à évoquer en présence d'un purpura cutané.

3.6. Formes atypiques

1) Torsion vue tardivement ou négligée

Une fois la nécrose installée, les douleurs testiculaires diminuent. Les signes inflammatoires locaux sont parfois au premier plan, rendant le diagnostic différentiel avec une orchi-épididymite difficile avec une bourse augmentée de volume, inflammatoire, un œdème et une hydrocèle réactionnels. Un fébricule est possible. L'évolution se fait ensuite soit vers la nécrose aseptique avec atrophie progressive du testicule, soit vers la fonte purulente du testicule.

2) Épisodes de subtorsion

Il faut évoquer une subtorsion en cas de douleurs testiculaires unilatérales, spontanément résolutive ou de douleurs récidivantes. Un testicule indolore et un examen clinique normal en dehors des douleurs mais avec un testicule hypermobile doivent faire penser au diagnostic. Il existe un risque de torsion vraie du cordon spermatique. L'orchidopexie préventive doit donc être proposée.

3) Torsion du cordon spermatique sur testicule cryptorchide

Il s'agit d'un véritable piège diagnostique. Le tableau clinique est dominé par des douleurs inguinales ou abdominales, pouvant faire évoquer une appendicite aiguë. La bourse homolatérale est **vide**.

La torsion du cordon spermatique est une urgence chirurgicale. Le diagnostic est clinique. Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge. En cas de doute diagnostique, l'exploration chirurgicale s'impose.

4. Hydrocèle vaginale

4.1. Définition

Il s'agit d'une accumulation de liquide dans une poche cloisonnée, intravaginale et à l'extérieur du testicule. Chez l'enfant, elle est due à la persistance du canal péritonéo-vaginal. On parle alors d'hydrocèle **communicante**.

Chez l'adulte, elle est le plus souvent idiopathique et due à une sécrétion excessive de liquide par la vaginale.

Elle peut également être réactionnelle à d'autres pathologies comme une orchi-épididymite, une torsion du cordon spermatique, un traumatisme testiculaire ou un cancer du testicule.

4.2. Examen clinique

Elle correspond à une augmentation du volume de la bourse (figure 3), indolore, mais avec une gêne à type de pesanteur et qui est **transilluminable**.

L'hydrocèle peut être très abondante, et c'est généralement la gêne esthétique qui amène le patient à consulter.

Chez l'enfant, le caractère communicant est évoqué devant la majoration de la symptomatologie en position debout et la possibilité de chasser le liquide en pressant la bourse.

Figure 3 : Hydrocèle



4.3. Examens complémentaires

L'**échographie** est l'examen de référence en cas de doute diagnostique.

Elle met en évidence une lame d'épanchement dans la vaginale et extra-testiculaire.

Elle confirme que les testicules sont normaux et recherche une pathologie sous-jacente en cas d'hydrocèle réactionnelle.

4.4. Traitement

1) Chez l'enfant

L'hydrocèle est due à la persistance du canal péritonéo-vaginal. Elle est physiologique à la naissance, et le **canal peut se fermer spontanément jusqu'à l'âge de 12-18 mois**. Le traitement est chirurgical après 12-18 mois. Il s'effectue par voie inguinale avec ligature du canal péritonéo-vaginal et traitement dans le même temps d'une hernie possiblement associée. Les parents doivent être prévenus du risque de lésion du canal déférent lors de la chirurgie.

2) Chez l'adulte

En cas d'hydrocèle idiopathique, le traitement est **chirurgical**. Il consiste en une incision scrotale, puis en une ouverture de la vaginale et une évacuation de l'hydrocèle. La résection de la vaginale ou la plicature de la vaginale selon la technique de Lord sont ensuite effectuées.

En cas d'hydrocèle réactionnelle, il est important d'envisager le traitement de la cause.

5. Cryptorchidie

5.1. Définition

Il s'agit d'une anomalie de migration embryologique du testicule. Elle correspond à un arrêt de migration sur le trajet normal entre l'aire lombaire et le scrotum. Le plus souvent unilatérale, elle peut être bilatérale.

Elle est à distinguer de l'**ectopie** testiculaire (testicule en dehors du trajet physiologique de migration).

L'incidence des testicules cryptorchides est plus importante chez les nouveau-nés prématurés. Dans plus de 50 % des cas, le testicule descend dans les 6 premiers mois de vie et la majorité dans la première année de vie. La **présence de deux testicules en position normale doit être recherchée à la naissance et consignée dans le carnet de santé.**

5.2. Signes cliniques

Au cours de l'examen clinique, on note qu'il est impossible de palper le testicule dans la bourse. Le testicule est parfois palpable à l'orifice inguinal.

Il faut évaluer le volume du testicule ectopique (atrophie ?) et rechercher une hypertrophie controlatérale compensatrice.

En cas de cryptorchidie bilatérale, il faut rechercher un **hypospadias ou un micropénis (ambiguïté sexuelle)**. Le testicule est parfois très mobile chez l'enfant et il peut facilement remonter en dehors de la bourse. Si l'abaissement manuel se fait facilement et sans tension, il s'agit alors d'un **testicule oscillant** et non d'une cryptorchidie.

5.3. Complications

La cryptorchidie peut se compliquer de :

- d'un **cancer du testicule** (risque relatif de 30 à 40), surveillance et diagnostic difficile en cas de testicule cryptorchide. Même après abaissement testiculaire, le risque de cancer testiculaire reste plus élevé que dans la population générale ;
- d'une torsion du cordon spermatique méconnue ;
- d'une infertilité, la température abdominale n'étant pas adaptée et trop élevée pour le développement testiculaire. Le risque n'est réel qu'en cas de cryptorchidie bilatérale et est d'autant plus élevé que les testicules sont abaissés tardivement ;
- d'une hernie inguinale souvent associée (persistance du canal péritonéo-vaginal).

5.4. Examens complémentaires

Le diagnostic est clinique, les examens complémentaires servent à localiser le testicule lorsqu'il n'est pas palpable. L'échographie et TDM abdomino-pelviennes sont les plus utilisées. En cas de négativité, une laparoscopie abdominale exploratrice est parfois préconisée.

5.5. Prise en charge

Elle se fait à partir de l'âge de 1 an. Le traitement hormonal par injection intramusculaire d'hCG n'est plus recommandé chez l'enfant de moins de 4 ans. **Il faut informer le patient et les parents** du risque de récurrence, du risque de lésion possible du canal déférent et du risque d'atrophie testiculaire.

Le traitement de référence est **chirurgical**. Plusieurs situations sont possibles :

- soit le testicule cryptorchide est palpable et on réalise alors un abaissement testiculaire par voie inguinale avec fixation par voie scrotale ;
- soit le testicule cryptorchide n'est pas palpable, et on commence alors l'intervention par une laparoscopie exploratrice à la recherche du testicule. S'il s'avère que le testicule est retrouvé très atrophique, on peut discuter une orchidectomie. Si le testicule est de taille satisfaisante et bas situé, il est abaissé en un temps. Si le testicule est très haut situé, l'abaissement se déroule en deux temps : ligature première des vaisseaux spermatiques puis abaissement secondaire par voie inguinale.

La chirurgie de la cryptorchidie ne doit pas s'envisager avant l'âge d'un an.

Puis l'abaissement chirurgical doit être réalisé afin de limiter le risque d'infertilité et de cancer du testicule.

Le recueil du consentement parental après informations des risques de la chirurgie est obligatoire chez les mineurs.

6. Pour en savoir plus

6.1. Gangrène de Fournier

1) Généralités

Il s'agit d'une cellulite nécrosante des organes génitaux externes et du périnée.

Les germes responsables sont : anaérobies, *E. Coli*, *Pseudomonas Aeruginosa* et streptocoques.

La gangrène est le plus souvent secondaire à une infection locale (fistule anale, abcès périnéal, lésion cutanée...). Elle survient souvent sur terrain fragilisé (diabète, éthylisme chronique, immunodépression...). Certains facteurs sont aggravants comme un retard de la prise en charge initiale et/ou la prise d'anti-inflammatoires.

2) Diagnostic

Le diagnostic est clinique. L'évolution est brutale et vive avec une gêne scrotale et un fébricule, un œdème et une inflammation du périnée, des crépitements sous-cutanés en cas de germes anaérobies et fièvre. Dans un second temps, il y a apparition et extension des zones de nécrose, de la fièvre et des frissons, une altération de l'état général.

3) Prise en charge

Il s'agit d'une **urgence** médico-chirurgicale avec une prise en charge réanimatoire.

Des examens complémentaires sont indispensables : NFS, créatinine, hémostase, groupe/rhésus/RAI, gaz du sang, lactates, bilan bactériologique (hémocultures, ECBU, prélèvements locaux).

Il faut mettre en place une **triple antibiothérapie** parentérale, active sur les germes anaérobies : pénicilline, métronidazole, aminosides.

Par ailleurs, un traitement chirurgical sous anesthésie générale est requis avec une excision/parage de tous les tissus nécrotiques, à renouveler tant que les lésions progressent. Si nécessaire, une **colostomie** de décharge sera confectionnée en cas de lésions proches de l'anus, voire une **cystostomie** de décharge. Les testicules sont parfois protégés temporairement par enfouissement au niveau inguinal ou sur la face interne des cuisses. Des pansements doivent ensuite être réalisés très régulièrement (toutes les 48 à 72 h), nécessitant souvent des anesthésies générales itératives. À distance, une reconstruction du périnée et une greffe de peau peuvent être envisagées.

Le pronostic est mauvais avec un taux de mortalité de 30 %.

6.2. Paraphimosis

1) Définition

Il correspond à une striction de l'anneau préputial au niveau du sillon balano-préputial. Le gland est donc décalotté et le recalottage est impossible (figure 4).

Il se forme rapidement un œdème du prépuce et du gland par gêne au retour veineux. Il existe un risque d'ischémie artérielle avec risque de nécrose du gland.

Les facteurs de risque sont :

- chez le petit enfant, par décalottage forcé sur phimosis ;
- chez le jeune adulte, après un premier rapport sexuel et oubli de recalottage ;
- chez le sujet âgé, non recalotté après pose de sonde vésicale à demeure.

Figure 4 : Paraphimosis



2) Traitement

Il faut mettre en œuvre le traitement dès que le diagnostic est posé.

Il consiste en une réduction manuelle qui est possible dans la majorité des cas. Elle se déroule ainsi :

- compression du gland et du prépuce pour diminuer l'œdème ;
- pression continue sur le gland avec les 2 pouces ;
- bascule de l'anneau préputial vers l'avant avec les index et majeurs tout en maintenant la pression sur le gland.

En cas d'échec, il faut envisager une posthectomie en urgence.

6.3. Varicocèle

1) Définition

Il s'agit d'une dilatation variqueuse des veines spermaticques. Elle survient à **gauche** dans 90 % des cas par une insuffisance valvulaire à l'abouchement de la veine spermaticque gauche qui se jette dans la veine rénale gauche (la droite se jette directement dans la veine cave inférieure). Elle a une incidence de 20 à 40 % dans la population infertile (hyperthermie testiculaire par stase veineuse).

2) Examen clinique

L'interrogatoire recherche des douleurs à type de pesanteur, surtout vespérale, une hypotrophie testiculaire, une infertilité, une gêne esthétique.

L'examen physique est effectué en position debout puis couchée. Il retrouve une tuméfaction molle située en dessus et en arrière du testicule. Cette tuméfaction s'atténue en position couchée et augmente après épreuve de Valsalva (expiration forcée à glotte fermée augmentant la pression intra-abdominale).

Attention

Toute varicocèle **gauche** d'apparition **récente** doit faire rechercher une **tumeur rénale** associée avec **thrombus** veine rénale gauche.

3) Examens complémentaires

L'échographie-Doppler testiculaire permet d'affirmer le diagnostic. Elle met en évidence une dilatation variqueuse et le reflux veineux lors de la manœuvre de Valsalva.

4) Traitement

- Symptomatique : antalgiques simples.
- En cas de :
 - douleur ou gêne esthétique importante ;
 - hypofertilité ;
 - hypotrophie testiculaire.

Possibilité de traitement par radiologie interventionnelle (embolisation) ou de traitement chirurgical (ligature de la veine spermatique par coéloscopie ou incision inguinale).

6.4. Traumatisme testiculaire

1) Généralités

Il survient dans la plupart des cas par choc direct : coup de pied dans les organes génitaux externes, accident de voiture avec écrasement du testicule sur le réservoir d'essence d'une moto, chute à califourchon sur une barre...

Le plus souvent, il s'agit d'un traumatisme fermé.

2) Examen clinique

L'examen est parfois difficile en raison de la douleur. Il faut rechercher une bourse augmentée de volume, œdématiée, très douloureuse, un hématome scrotal. Il faut également rechercher une lésion urétrale associée : urétrorragie.

3) Examens complémentaires

On demande une **échographie scrotale** en **urgence**, bilatérale afin de rechercher :

- un hématome intratesticulaire ;
- une rupture de l'albuginée ;
- une atteinte de l'épididyme ;
- une hématocele (présence de sang dans la vaginale) ;
- un hématome de la paroi scrotale.

Cet examen aura une valeur médico-légale en cas d'agression.

4) Traitement

Il consiste en une **exploration chirurgicale** en urgence en cas de rupture de l'albuginée, d'hématocele ou de volumineux hématome intratesticulaire.

Le patient doit être prévenu du risque d'orchidectomie. La résection de la pulpe testiculaire nécrosée est nécessaire ainsi que la fermeture de l'albuginée. En cas d'éclatement testiculaire, il faut faire une orchidectomie. Dans les autres cas, une surveillance simple suffira.

Points essentiels

Phimosi :

- sténose fibreuse de l'orifice préputial ;
- physiologique chez l'enfant jusqu'à l'âge de 4 ans ;
- les décalottages forcés sont à proscrire ;
- le traitement est chirurgical, par plastie du prépuce ou posthécotomie. Chez l'enfant, un traitement local par corticoïdes est réalisé en première intention.

Torsion du cordon spermatique :

- toute douleur testiculaire brutale est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire ;
- toute suspicion de torsion du cordon spermatique doit être explorée chirurgicalement dans les 6 heures ;
- aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge ;
- le patient doit être prévenu du risque d'orchidectomie. Chez l'enfant, le consentement parental d'opérer est obligatoire ;
- le traitement chirurgical se réalise par incision scrotale, sauf en cas de doute sur un cancer testiculaire. Le testicule est détordu, on examine sa vitalité et sa recoloration. En cas de nécrose du testicule, on réalise une orchidectomie. La pose de prothèse testiculaire n'est pas préconisée dans le cadre de l'urgence. Une orchidopexie bilatérale doit être réalisée en un ou deux temps ;
- les principaux diagnostics différentiels sont : la torsion de l'hydrotide sessile, le traumatisme testiculaire, la hernie inguino-scrotale étranglée, l'orchite-épididymite et le cancer du testicule.

Hydrocèle :

- épanchement liquidien péri-testiculaire et intravaginal ;
- le plus souvent idiopathique, il peut être réactionnel à une pathologie testiculaire (infectieuse, tumorale...) ;
- chez l'enfant, il est physiologique jusqu'à l'âge d'un an et correspond à une persistance du canal péritonéo-vaginal ;
- l'examen clinique retrouve une bourse augmentée de volume, non douloureuse, à contenu transilluminable ;
- le traitement est chirurgical, par ligature du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant, et résection ou plicature de la vaginale chez l'adulte.

Cryptorchidie :

- arrêt de migration embryologique du testicule sur le trajet normal de migration entre l'aîne lombaire et le scrotum ;
- la majorité des testicules cryptorchides descendent dans la 1^{re} année de vie ;
- 40 fois plus de risque de cancer du testicule ;
- abaissement chirurgical à partir de l'âge de 1 an, technique variant selon le degré de cryptorchidie ;
- attention au piège de la torsion du cordon spermatique sur testicule cryptorchide.