

BOURSE AIGUE

Démarche diagnostique et thérapeutique

Professeur Vincent DELMAS

Urologie

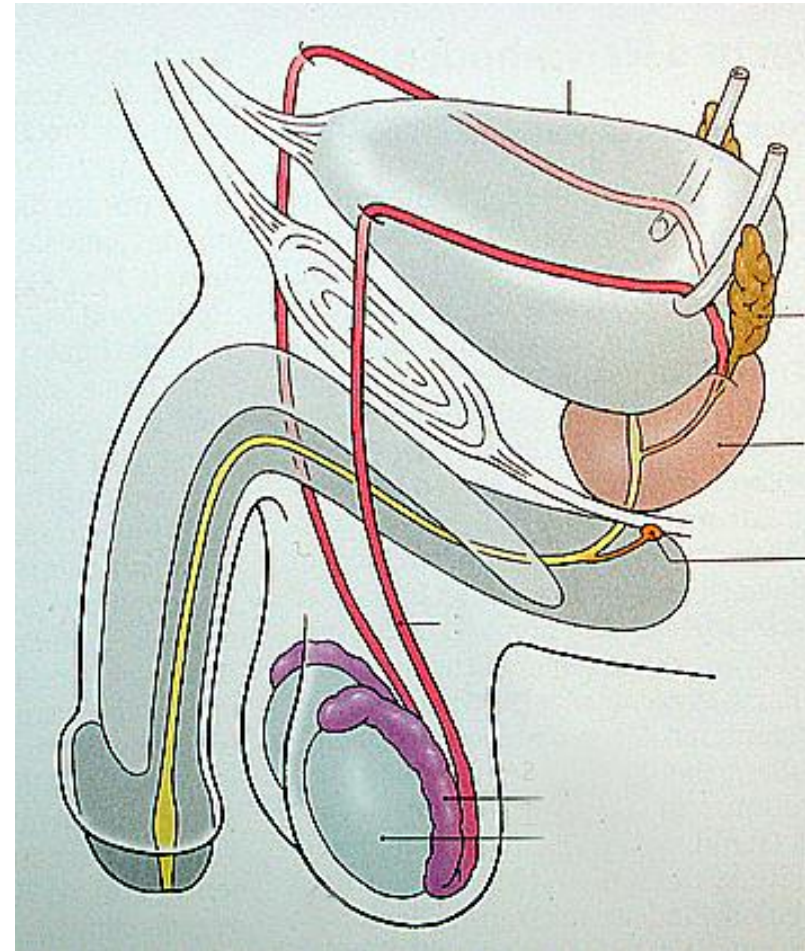
Paris

DIU national d'Echographie

Module génito-urinaire

APPAREIL GENITAL MASCULIN

- Glande sexuelle primaire :
Le testicule
- Voies génitales (séminales) :
 - Epididyme
 - Conduit Déférent
 - Vésicule Séminale
 - Conduit Ejaculateur
- Voies Uro-génitales :
urètre
 - prostatique,
 - membraneux,
 - spongieux (pénis)



Bourse = OGE

TESTICULE : CONFIGURATION INTERNE

Testicule

- Séreuse : la **vaginale**
- Enveloppe résistante : l'**Albuginée**, lisse, bleutée
- Lobules séparés par des cloisons

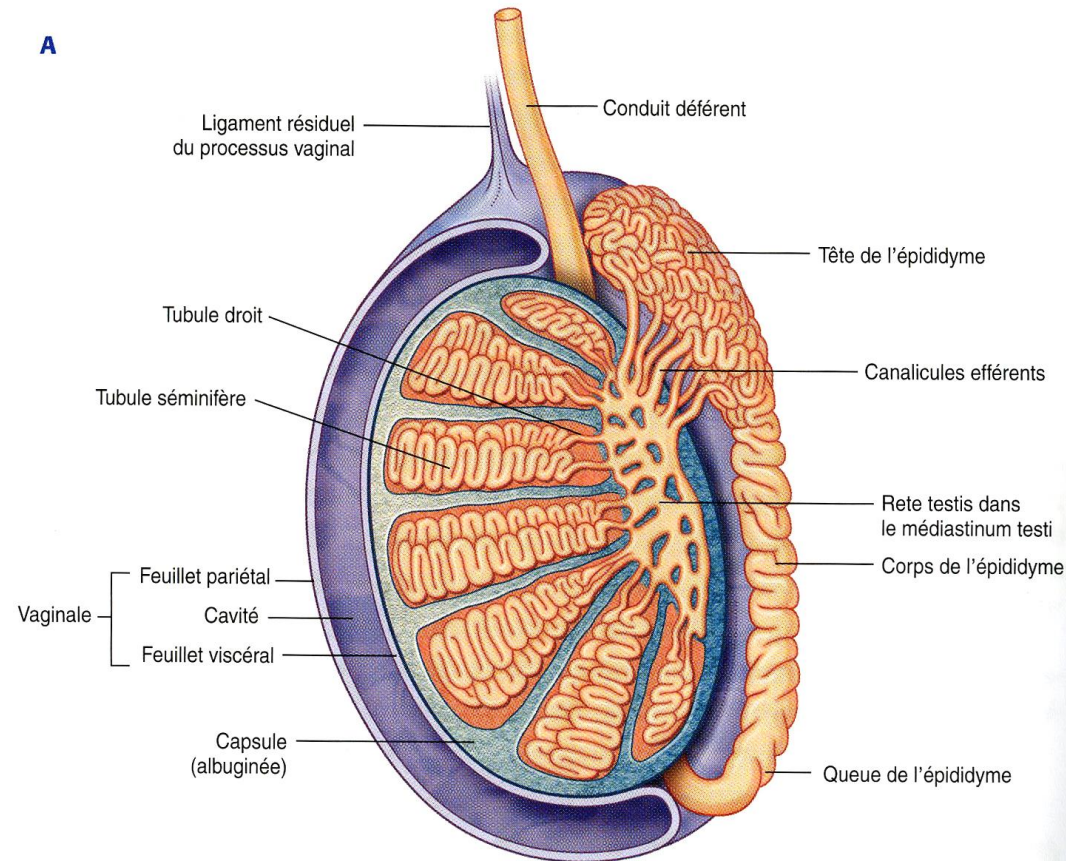
Chaque lobule contient des

Tubules séminifères

contournés, puis droits qui se réunissent en haut et en arrière en un réseau dense:

- le **rete testis** (mediastinum testis) donnent 20 canalicules efférents vers la tête de l'épididyme

Voies séminales intrascrotales : le conduit épидидymaire, le conduit déférent



TESTICULE : ASPECT EXTERIEUR

L' Epididyme

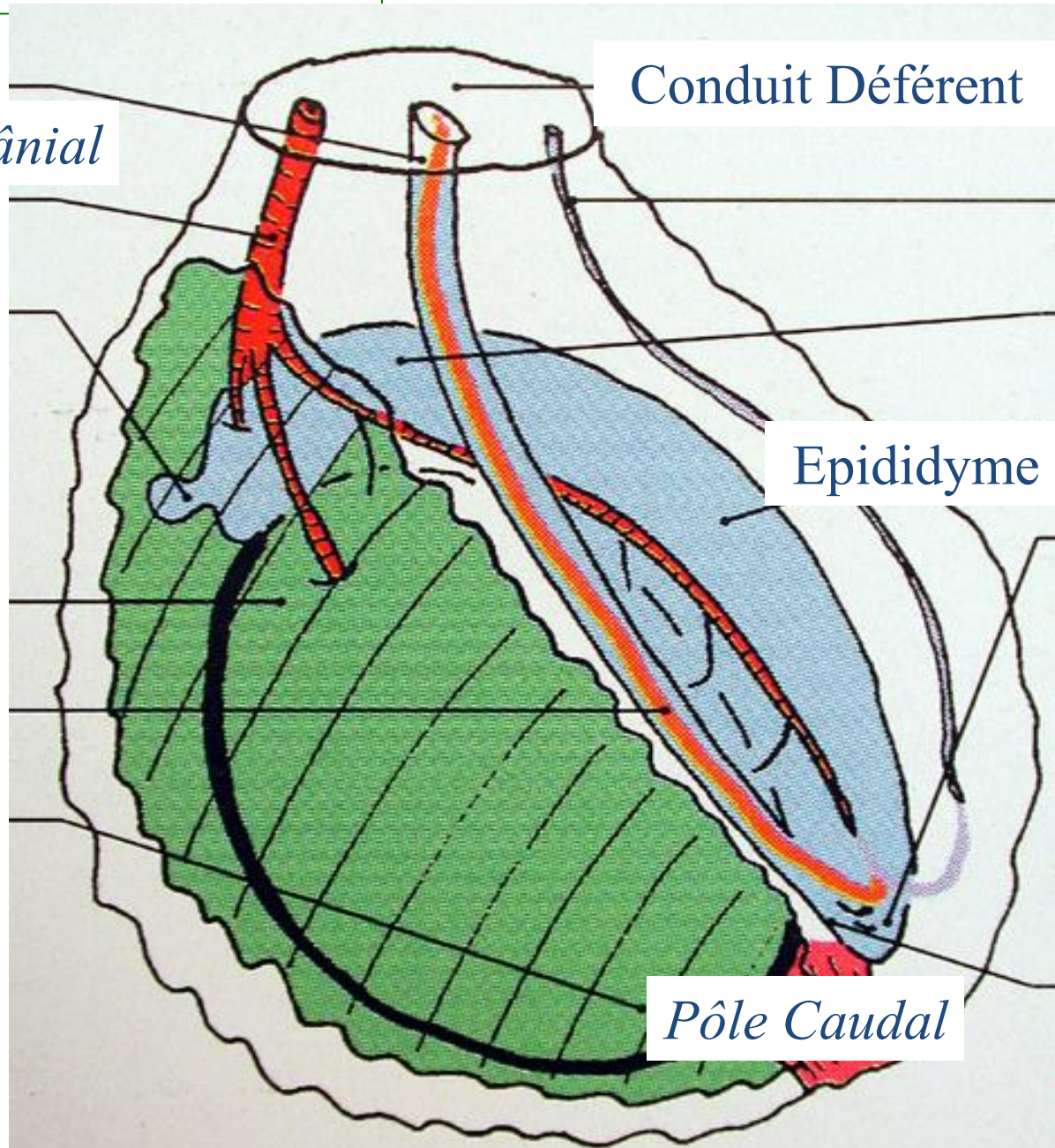
surplombe le testicule
comme un
« cimier de casque »

l' épididyme a :

- une tête crâniale
- un corps
- une queue caudale
qui se continue par le
Conduit déférent

Le conduit déférent
sur la face médiale du
testicule, puis dans le
cordon spermatique avec le
pédicule testiculaire

Pôle Crânial



LE CORDON SPERMATIQUE

Commence au testicule :

Artère testiculaire

Veines testiculaires (plexus pampiniforme)

Lymphatiques testiculaires

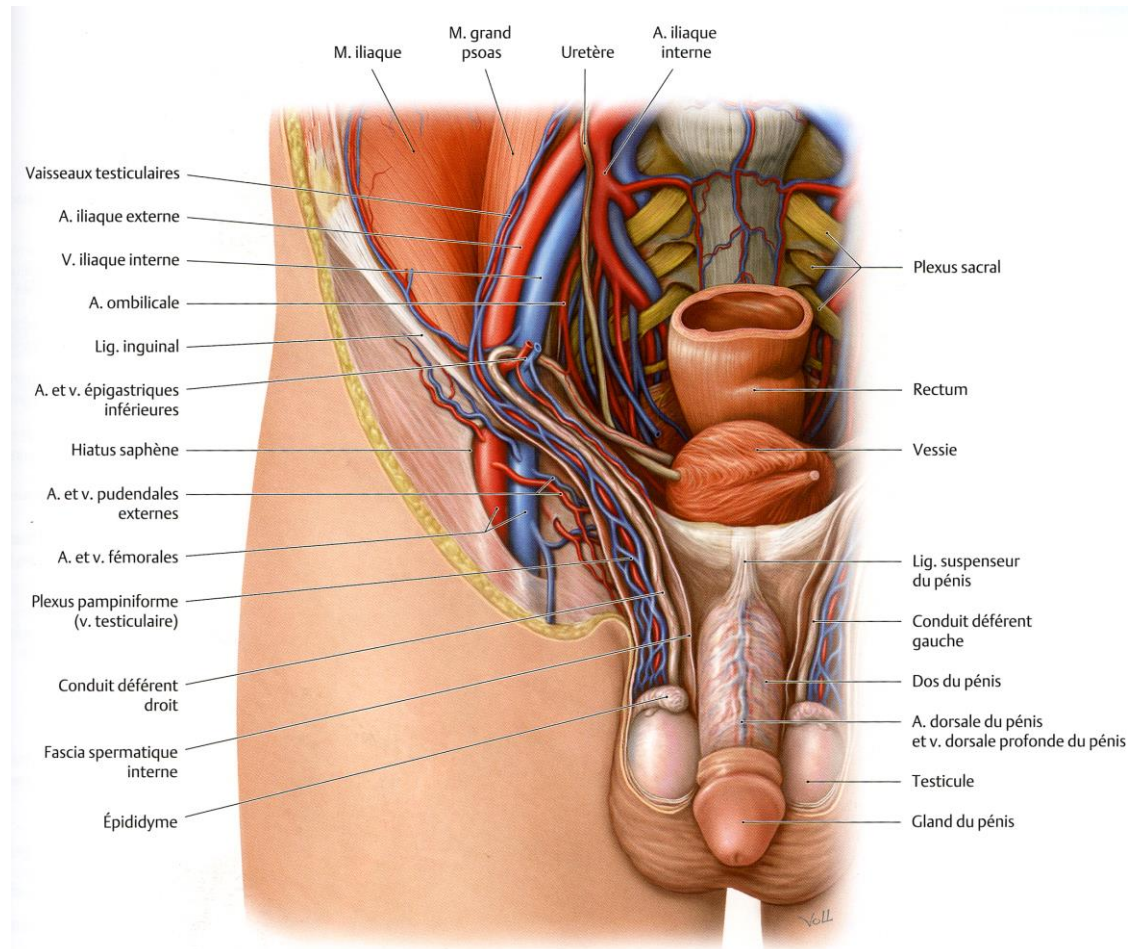
Artère déférentielle

Veines déférentielles

Artère funiculaire

Conduit déférent transporte les spermatozoïdes de l'épididyme au canal éjaculateur

Se termine à l'anneau inguinal :
à travers la paroi abdominale,
Risque de HERNIES + + +



Pourquoi une douleur scrotale aiguë ?

- Torsion du cordon spermatique
- Orchi-épididymite
- Cancer du testicule
- *Traumatisme scrotal : piège car retarde dg et Tt*

Problématique

- Douleur scrotale unilatérale, de survenue brutale, persistante
- **URGENCE** diagnostique, tant que n'a pas été écarté le diagnostic de *torsion du cordon spermatique* (TCS), il existe une menace pour la vitalité du testicule imposant un geste chirurgical, dans les 6 heures maximum après le début des symptômes.

La torsion du cordon spermatique

Typique

- Douleur scrotale unilatérale, de survenue brutale, le plus souvent la nuit, sans fièvre.
- 2/3 l'adolescent (12-18 ans), 1/3 l'adulte jeune (< 30 ans)
- **Cliniquement** : Ascension du testicule à l'anneau inguinal
douleur testiculaire intense
pas de réflexe crémasterien (L1-L2)
cordon spermatique difficile à percevoir, épais

La torsion du cordon spermatique

Difficultés diagnostiques

- **ATCD** de crises identiques, brèves, spontanément résolutive (torsion intermittente)
- **CONTEXTE** : douleur progressive
- douleur projetée en fosse iliaque (colique néphrétique?)
- fièvre
- ascension peu marquée du testicule
- **Terrain** :
- Adulte au delà de 30 ans
- Nouveau-né : dans les 30 premiers jours de vie sous la forme de torsion extravaginale. Début brutal avec cris et agitation. Bourse augmentée de volume avec des signes inflammatoires et testicule dur à la palpation.

La torsion du cordon spermatique

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 orchio-épididymite difficile** avec une bourse augmentée de volume, inflammatoire, un œdème et une hydrocèle réactionnels. Un fébricule est possible. L'évolution soit vers la nécrose aseptique avec atrophie progressive du testicule, soit vers la fonte purulente du testicule.

2) Épisodes de subtorsion : 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 : piège diagnostique. **Douleurs inguinales ou abdominales**, pouvant faire évoquer une appendicite aiguë; MAIS la **bourse homolatérale est vide**.

La torsion du cordon spermatique

Mécanisme

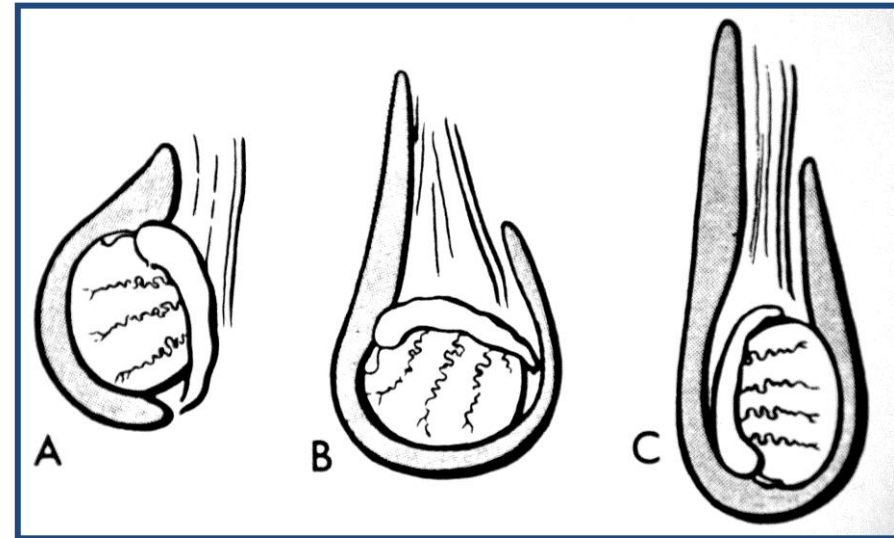
- **Rotation vers la ligne médiane (vers la cloison des bourses)**

Possible par testicule augmentant de taille (puberté) sur **laxité du Gubernaculum Testis (C)**,

allongement du cordon,
méso-testis étroit (B-C)

le testicule est horizontal-B au lieu d'être oblique vers le haut (A)

- **1 à 2 tours de spire**



A- normal

B- vaginale entourant le cordon

C- testis inversé : attache étroite

La torsion du cordon spermatique

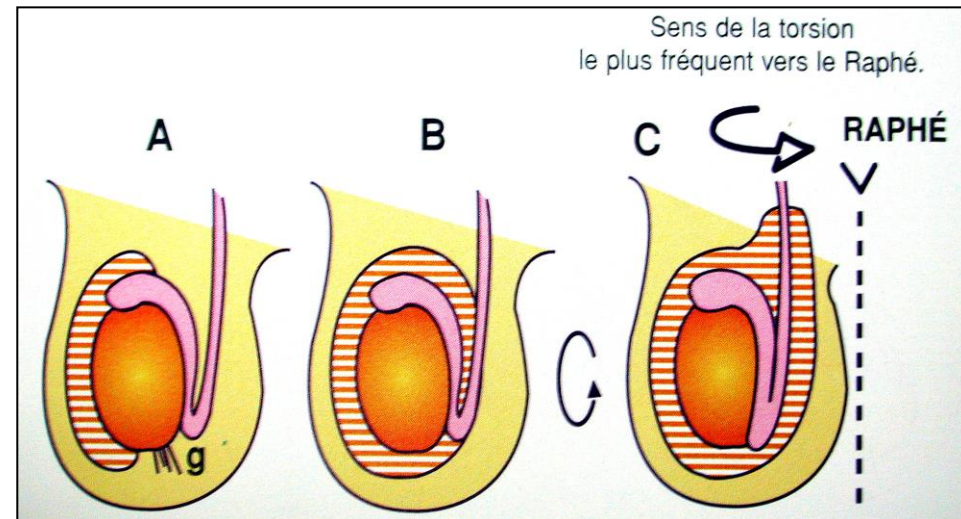
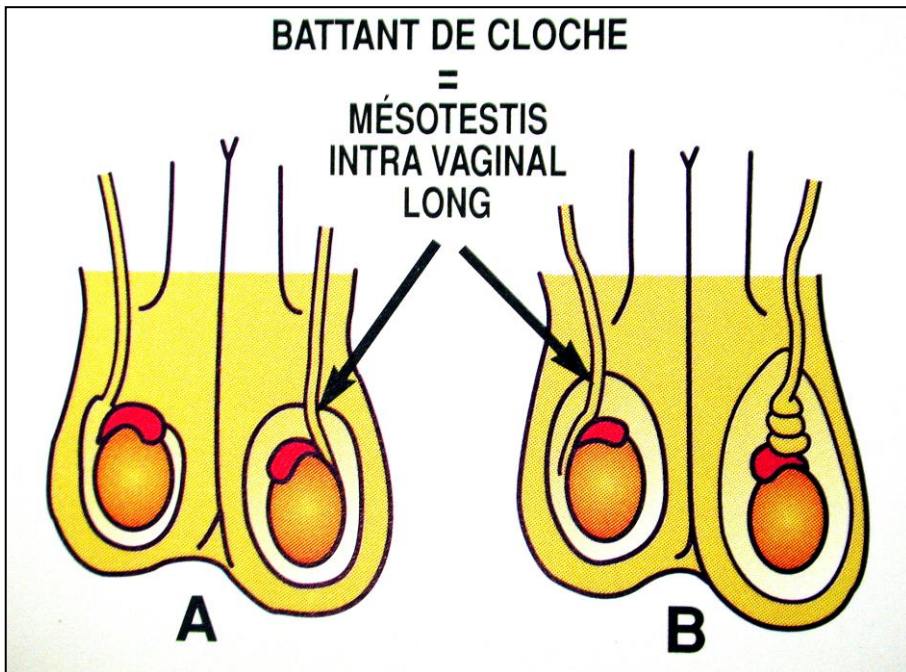
Mécanisme



Rotation vers la ligne médiane

La torsion du cordon spermatique

Mécanisme en résumé



La torsion du cordon spermatique

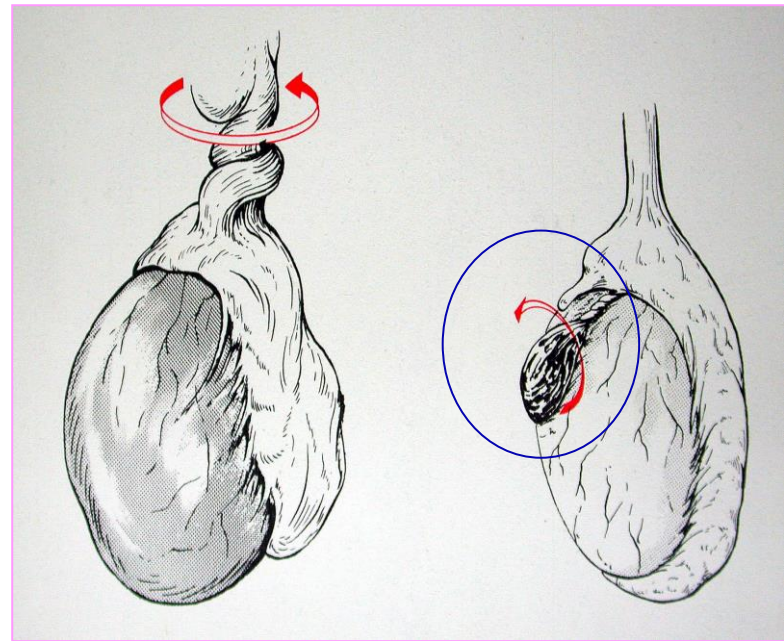
Diagnostic différentiel

Torsion d'un appendice testiculaire

L'appendice pédiculé
[appendice épiddymaire]
simule en tout point
la torsion du cordon
spermatique (5% des douleurs
scrotales aiguës de
l'enfant/adolescent)

Signe du « **point bleu** », en
transcutané, au pôle
supérieur du testicule

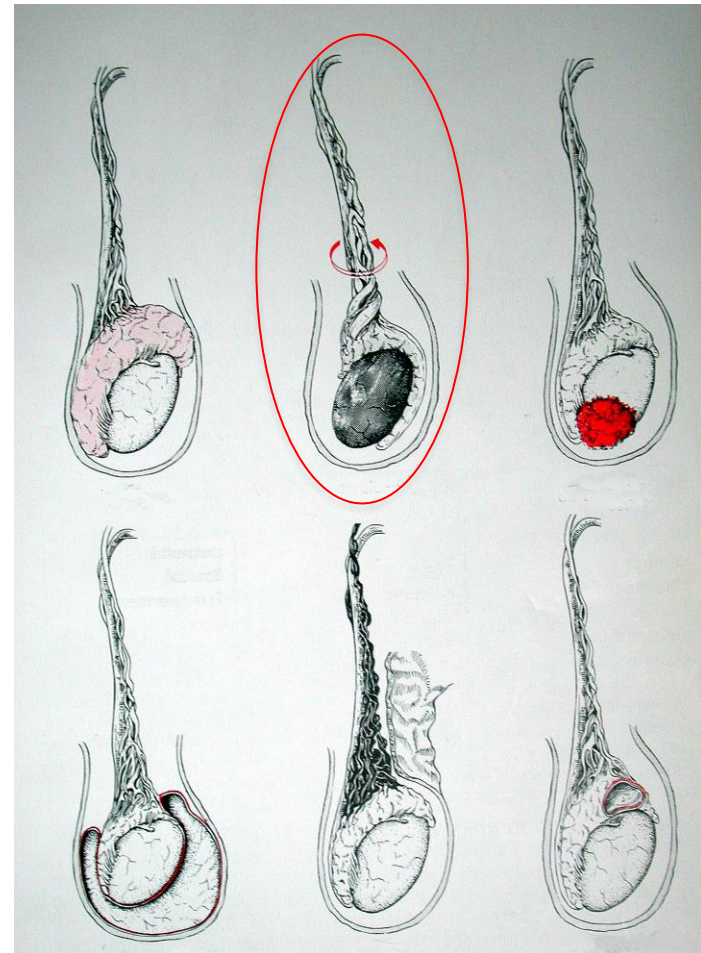
En cas de doute, même
urgence chirurgicale



La torsion du cordon spermatique

Diagnostic différentiel

1. Épididymite
2. Cancer du testicule
3. Pachy-vaginalite
4. Varicocèle
5. Kyste de la tête de l'épididyme



La torsion du cordon spermatique

Diagnostic différentiel

- Les orchio-épididymites aiguës (1) :
 - adulte, avec ou sans tableau de prostatite associée
 - « brutalement progressif » en quelques heures
 - fièvre : 38° - 39°
 - grosse bourse gonflée
 - épидидyme très douloureux en cimier de casque : épaissi, douloureux au dessus d'un testicule normal
 - Orchite associée dans 20% des cas
 - **signe de Prehn**, signe clinique qui permet de connaître l'origine d'une douleur ressentie au niveau des **testicules**. Il consiste à soulever le **testicule** et de demander au patient si la douleur est soulagée. Une **torsion** testiculaire est non soulagée, une inflammation de l'**épididyme (épididymite)** l'est.

BU/ECBU = RAS / pyurie / germe:

avant 35 ans à Chlamydiae/gonocoque, après 35 ans colibacille

La torsion du cordon spermatique

Diagnostic différentiel

- Les orchi-épididymites (2) :

**à la puberté (avant tout rapport sexuel),
une orchi-épididymite est une TCS
jusqu' à preuve opératoire du
contraire**

La torsion du cordon spermatique

Diagnostic différentiel

- L'orchite ourlienne :
 - 2ème enfance (7-12 ans) - adolescence
 - concomitant des oreillons (notion d'épidémie)

La torsion du cordon spermatique

Diagnostic différentiel

- Cancer du testicule :
 - même tranche d'âge 16-35 ans
 - Début progressif
 - Indolore, **sauf** si hémorragie intratumorale
 - Augmenté de volume (nodule dur), non ascensionné
 - Pincement d'un épiddidyme normal au dessus de la masse testiculaire (signe de Chevassu)

La torsion du cordon spermatique

Diagnostic différentiel

- Hernie étranglée (Nné, Nourisson)
 - Soit connue
 - Soit orifice herniaire large

Que peut apporter l'imagerie au dg de TCS ?

Echographie scrotale :

- Visualiser la spire
- Testicule tacheté
- Épидidyme normal

Echographie doppler :

Absence de vascularisation du testicule

Echographie rénale :

hydronéphrose sur uretère ectopique
(épididymite)

MAIS

•Faux positifs :

- abcès,
- hydrocèle

•Faux négatifs :

- hyperhémie de la paroi scrotale,
- testicule inflammatoire

aucun examen complémentaire ne peut éliminer formellement le diagnostic de torsion

La torsion du cordon spermatique

Conduite à tenir

I - si TCS cliniquement évidente,
ou si doute diagnostic +++

= exploration chirurgicale

La torsion du cordon spermatique

Conduite à tenir



Exploration chirurgicale *dans les 6 heures après le début*

- incision scrotale
- ouverture de la vaginale
- testicule bleu, spire évidente
- détorsion, recoloration (*attendre*),
- fixation à la cloison des bourses

La torsion du cordon spermatique

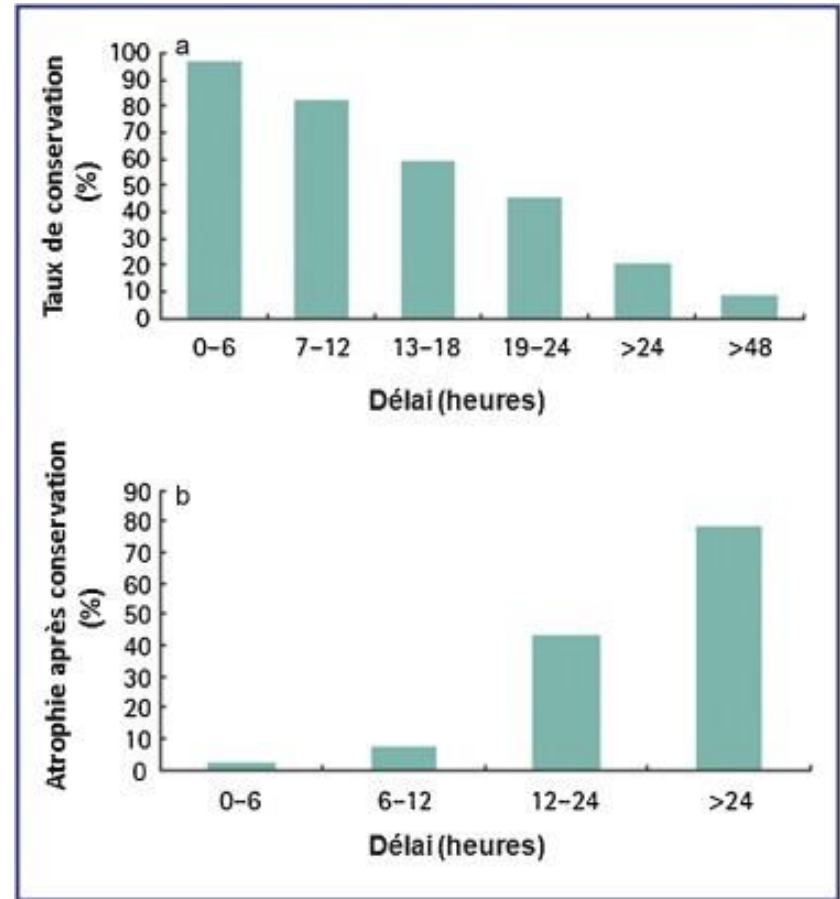
Conduite à tenir

Exploration chirurgicale

au delà de 6 heures,
patient (ou parents)
prévenu+++

→ castration si absence de
recoloration du testicule
après détorsion

*Le pronostic est corrélé à la précocité de
l'intervention. Le taux global de conservation
testiculaire après torsion est de 40 à 70 %,
mais 100 % de conservation avant trois
heures, 90 % avant six heures
< 50% après dix heures*



Conservation testiculaire et atrophie secondaire après torsion
en fonction du délai de prise en charge

La torsion du cordon spermatique

Conduite à tenir

II - si pas de suspicion de TCS :

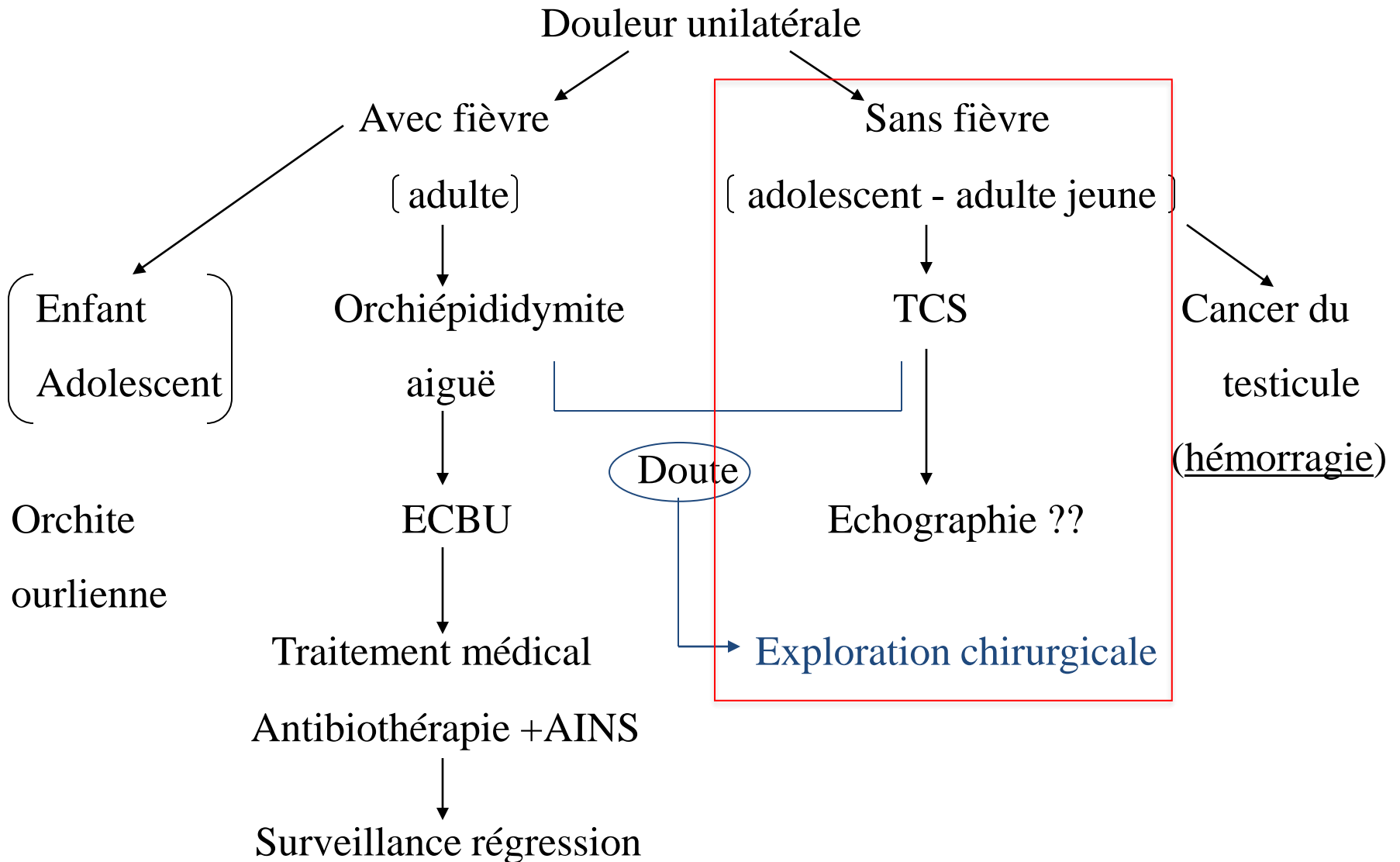
A. Orchiépididymite :

a. Traitement antibiotique et AINS

b. Surveillance échographique si non régression clinique

B. Cancer +++ : douleur liée à une hémorragie intratumorale brutale : intérêt de l'échographie

Bourse aiguë : Arbre Diagnostic



Grosse bourse traumatique

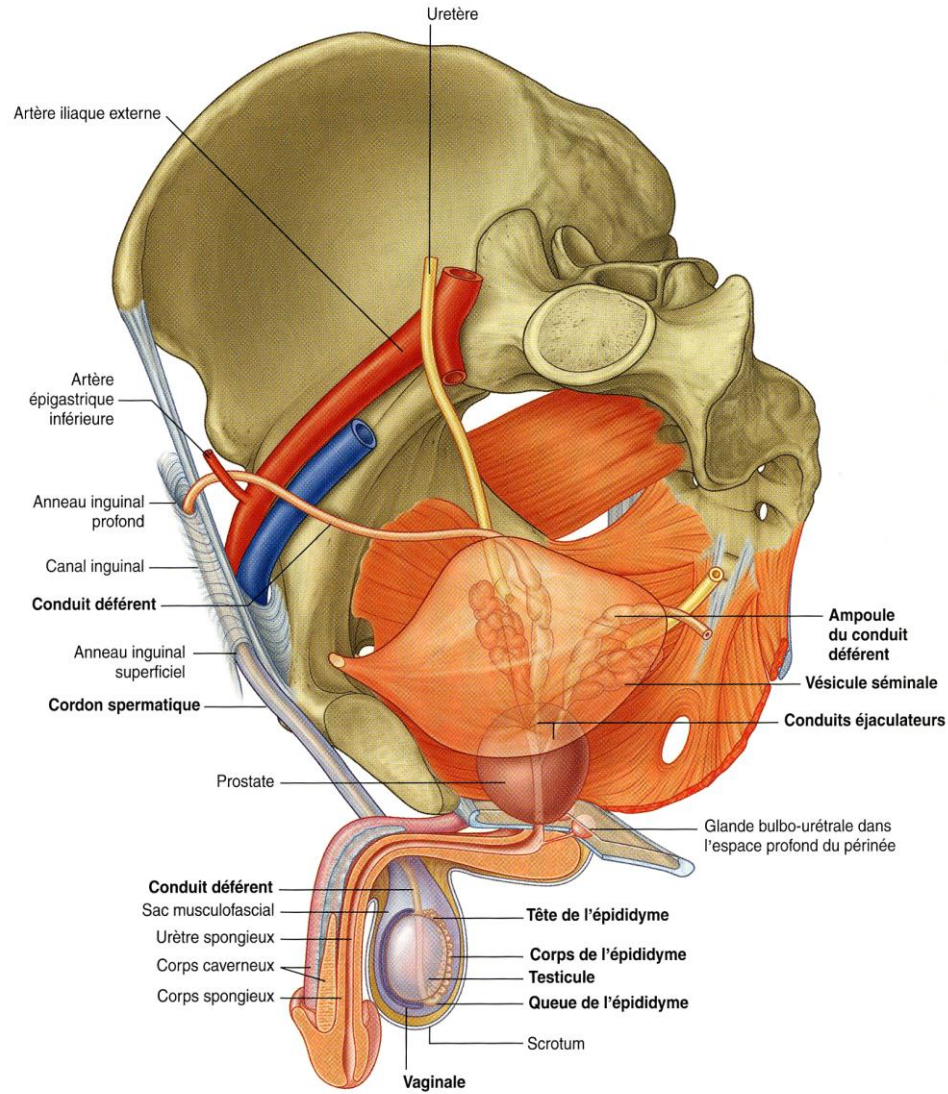
- Contexte du traumatisme : violent, modéré
- Examen difficile : hématocèle
- Échographie
- Intervention pour évacuer l'hématocèle, suturer une fracture du testicule et éliminer un cancer du testicule +++
- Prévenir du risque d'une castration de nécessité

Qu'est-ce que je demande à l'échographie scrotale?

DE NE PAS RETARDER UNE EXPLORATION SCROTALE

- Diagnostic de testicule nodulaire hétérogène : cancer
- Calcifications testiculaires : cancer
- Épididyme nodulaire : épididymite
- Kyste tête épididyme
- Hydrocèle : « voir » le testicule
- Échodoppler : varicocèle

MERCI



La torsion du cordon spermatique

Diagnostic différentiel

1) Torsion de l'hydatide sessile de Morgani, 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 : 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 : 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 contagage ourlien ou de parotidite. L'orchite sur purpura rhumatoïde est à évoquer en présence d'un purpura cutané.