

**URGENCES
INGUINO-SCROTALES
CHEZ L'ENFANT**

F.Varlet

Introduction

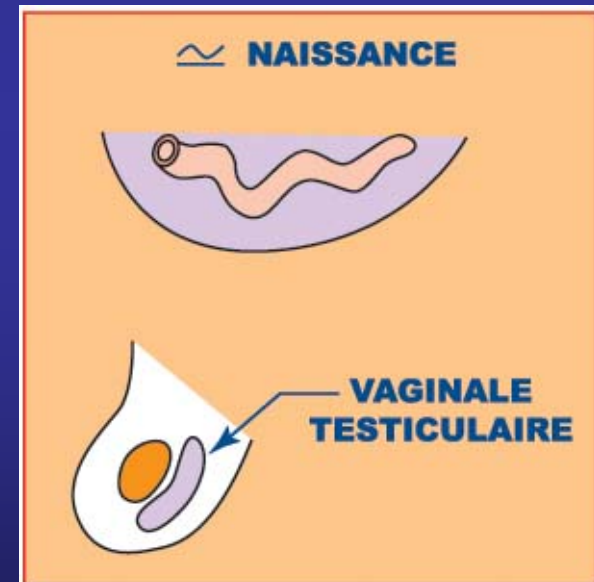
- Motif très fréquent de consultation
- Dominé par
 - Hernies compliquées
 - Torsions du pédicule spermatique
- **URGENCES**
 - Ischémie
 - Pronostic vital intestinal et gonadique

Hernie inguinale

- **Pathologie fréquente :**
 - 1 - 4% des enfants (50% avant 1 an)
 - 85% = garçons
- **Terrains particuliers :**
 - prématuré +++
 - 30% des préma < 1000g font une HI
 - 15% des préma 1000g - 1500g
 - terrain familial (20%)
 - dérivation ventriculo-péritonéale (15%)

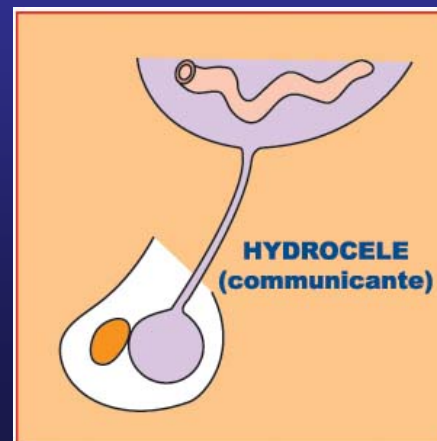
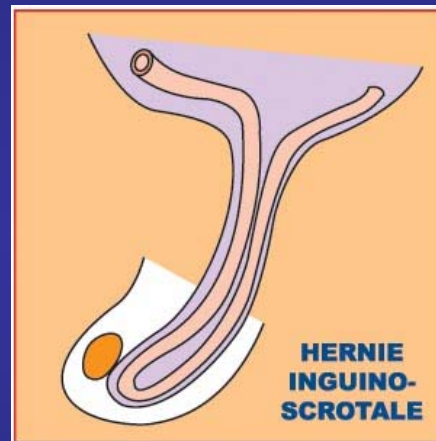
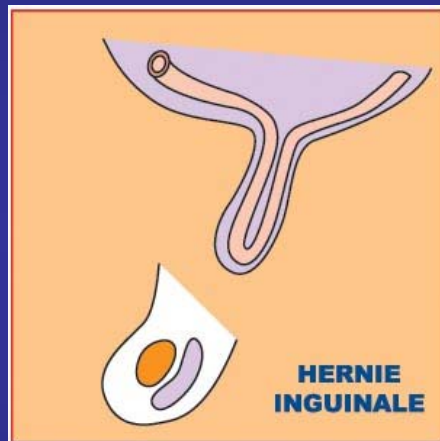
Hernie inguinale

- Persistance du canal péritonéo-vaginal chez le garçon



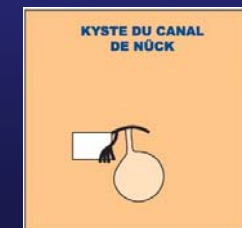
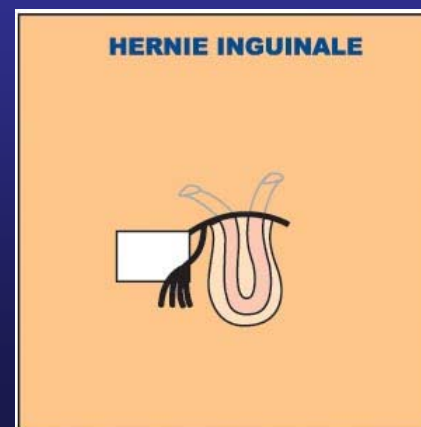
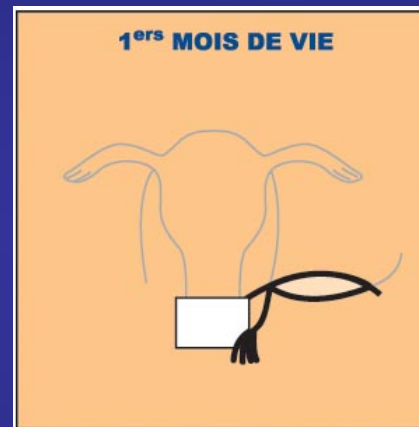
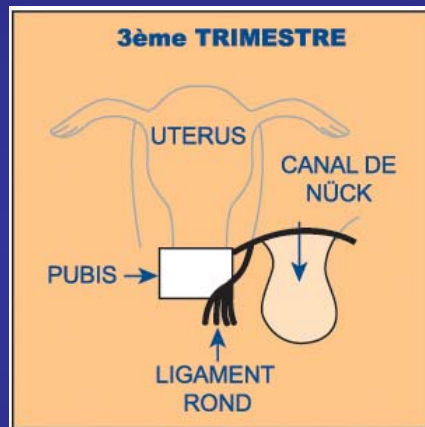
Hernie inguinale

- **Persistance du CPV**



Hernie inguinale

- Persistance du canal de Nüeck chez la fille



Hernie inguinale

- **Non compliquée**
 - Tuméfaction inguinale ou inguino-scrotale
 - Pleurs ou efforts de poussée
 - réductible



Hernie inguinale

- **Complicquée**

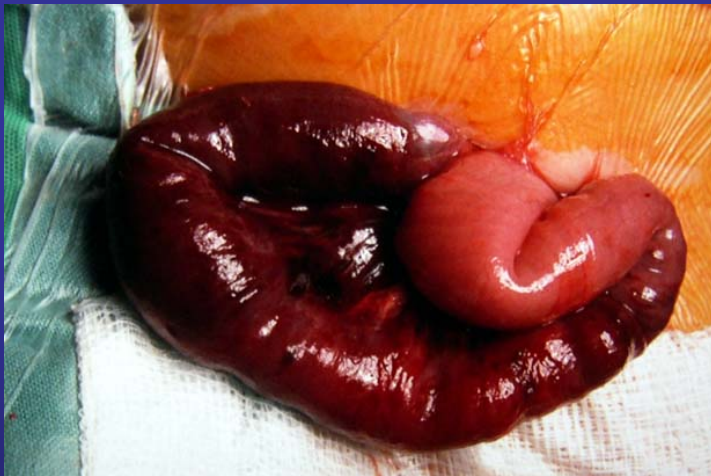
- 10-15% des HI
30% avant 1 an
- Pleurs ++
Douleurs (grand enfant)
- Tuméfaction
douloureuse
- **Irréductibilité**



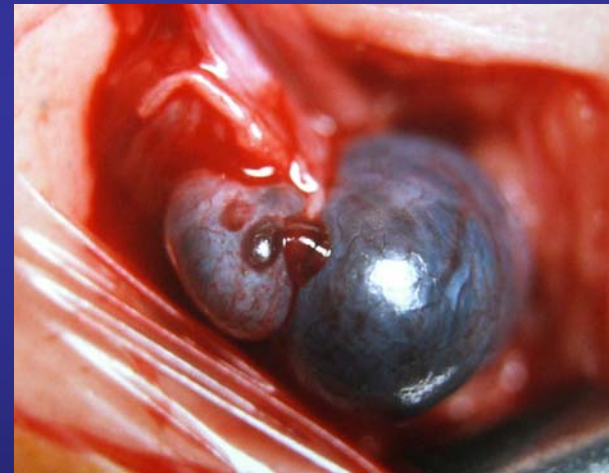
Hernie inguinale

- **Complicquée**

- Risque intestinal et gonadique +++ (enfant)



**Souffrance
intestinale**



**Souffrance
testiculaire**

Hernie ovaire...

Hernie inguinale

- **Diagnostic différentiel**
 - Hydrocèle et kyste du cordon
 - quelques formes aiguës...



hydrocèle



TRANSILLUMINATION



Kyste du cordon

Hernie inguinale

- **Diagnostic différentiel**

- Œdème idiopathique du scrotum
 - étiologie inconnue
 - Extension vers la région inguinale et le périnée
 - Guérison spontanée



Hernie inguinale

- Examens complémentaires

- Le diagnostic est clinique !

- ASP : occlusion ?

- Exceptionnellement : échographie

- Hernie inguinale compliquée ou kyste du cordon de forme aiguë ?

Hernie inguinale

- **Traitement de la hernie compliquée**

Vue tardivement

- Déshydratation
- Syndrome occlusif

Hernie de l'ovaire

**Chirurgie
en urgence**

**Après réanimation
si déshydratation**

< 6-12h : tentative de réduction

= TAXIS THERAPEUTIQUE

- (valium* IR 0,5mg/kg)
- Repos au calme 20-30 minutes

Hernie inguinale

- **Taxis thérapeutique**

- Pression pouvant durer 3-5 minutes
- Parfois, relâcher et reprendre la pression dans le bon axe
- Tout d'un coup, on sent que la hernie commence à se réintégrer, puis tout rentre dans la cavité abdominale



Hernie inguinale

Taxis thérapeutique

Réduction
Hernie engouée

Cure chirurgicale
différée

Irréductible
Hernie étranglée

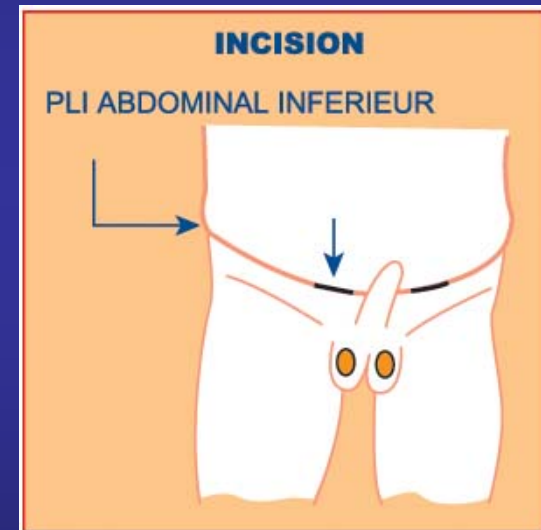
Urgence chirurgicale

Hernie inguinale

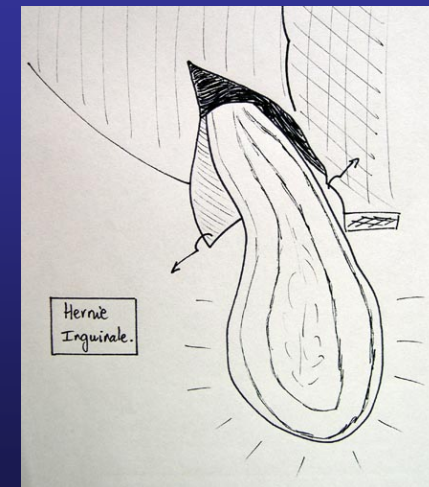
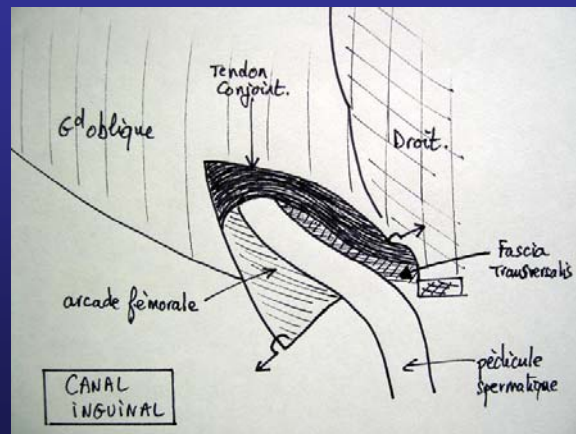
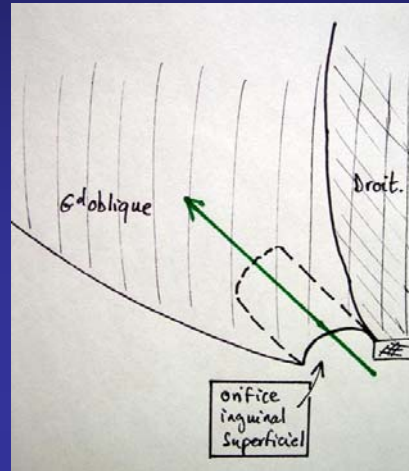
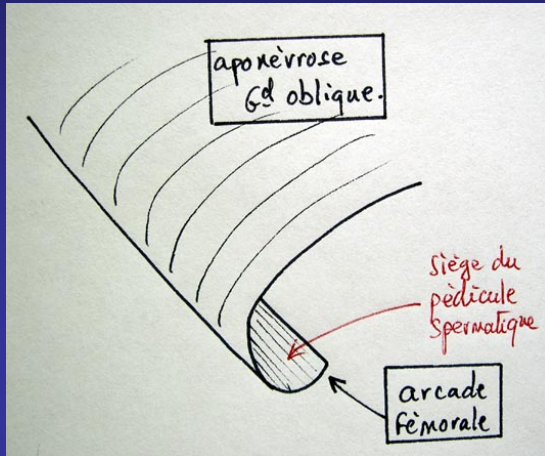
- **Traitement**

- Voie d'abord

- Pli abdominal inférieur
 - Horizontale
 - Dissection région inguinale
 - Ouverture de l'orifice inguinal
 - Ce qui est le plus difficile
 - Œdème +++
 - Tissus tendus, fragiles



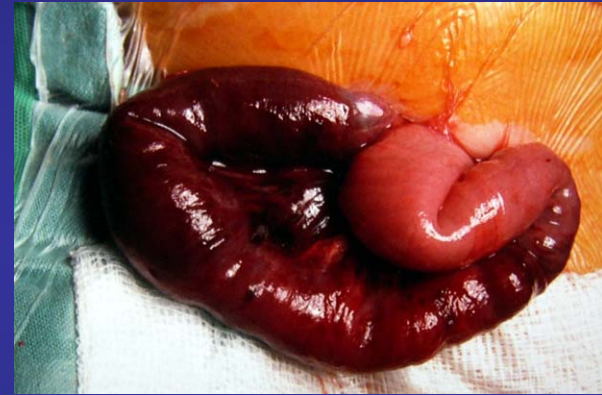
Hernie inguinale



Hernie inguinale

- **Traitement**

- Ouverture du CPV
- Exploration du contenu
- Attitude conservatrice +++
- Résection intestinale si nécrose certaine
- Jamais de castration



Hernie inguinale

- **Traitement**

- Fermeture du CPV

- Réfection pariétale

- Soigneuse ++ (↑ risque de récurrence)
 - Abaissement du conjoint à l'arcade
 - Suture de l'aponévrose du grand oblique
 - Tissu sous-cutané et peau

Hernie inguinale

- **Complications** après HI étranglée
 - 10 - 30%
 - ↑↑↑ atrophies testiculaires (10%)
abcès de paroi
récidives

Torsion pédicule spermatique

- **Urgence** : 6h pour éviter la nécrose !
- **2 grandes périodes** : Nouveau-né et > 10-11 ans

F.Sauvat et al. Arch Pediatr 2002;9:1226-9

- 86 enfants suspects de torsion sur 10 ans
- 26 entre 1 mois et 11 ans = **12 torsions de testicule...**

2 ans



4 ans



Épidémiologie

- **Tous âges confondus** : 919 patients (*J1 – 18 ans*)

– Torsion d'hydatide pédiculée	307	(33,4%)
– Épididymite	290	(31,5%)
– Torsion cordon spermatique	208	(22,6%)
– Traumatisme	68	(7,4%)
– Torsion – détorsion testicule	14	(1,5%)
– Œdème idiopathique	9	(1%)
– Hernie, hydrocèle	7	(0,8%)
– Hématomes, kyste, vaginalite	16	(1,7%)

(Kalfa N et al J Urol 2007;177:297-301)

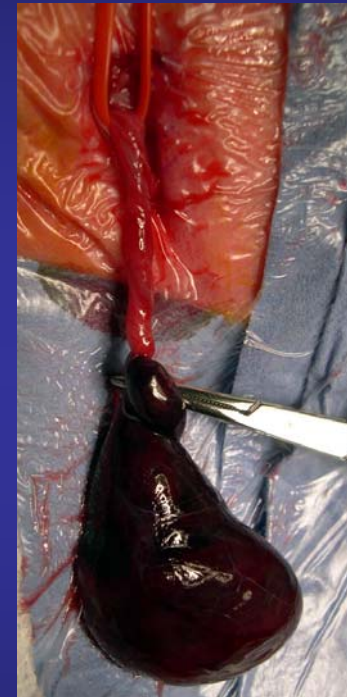
Torsion pédicule spermatique

- Moyen de fixité
- Vascularisation
- Annexes

Torsion pédicule spermatique

- **Nouveau-né**

- Supravaginale
(tissu conjonctif lâche du fœtus)
- NN à terme
- In utero +++
post-natal immédiat (5-10%)



Nouveau-né

- Grosse bourse non douloureuse



Testicule nécrosé...
Exploration systématique ?

- Grosse bourse aiguë douloureuse

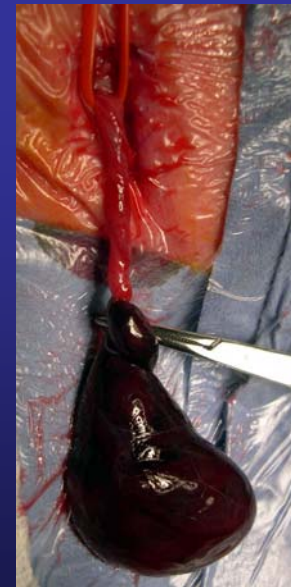


Espoir de conservation
Exploration en urgence

Nouveau-né

- **Torsion *in utero***

- Testis très dur, non douloureux, un peu ascensionné
- Bourse \pm inflammatoire, souvent violacée
- Testicule nécrosé 100%
- Intervention ? Intérêt ?
AG risquée chez le NN...



Nouveau-né

- **Torsion *in utero***

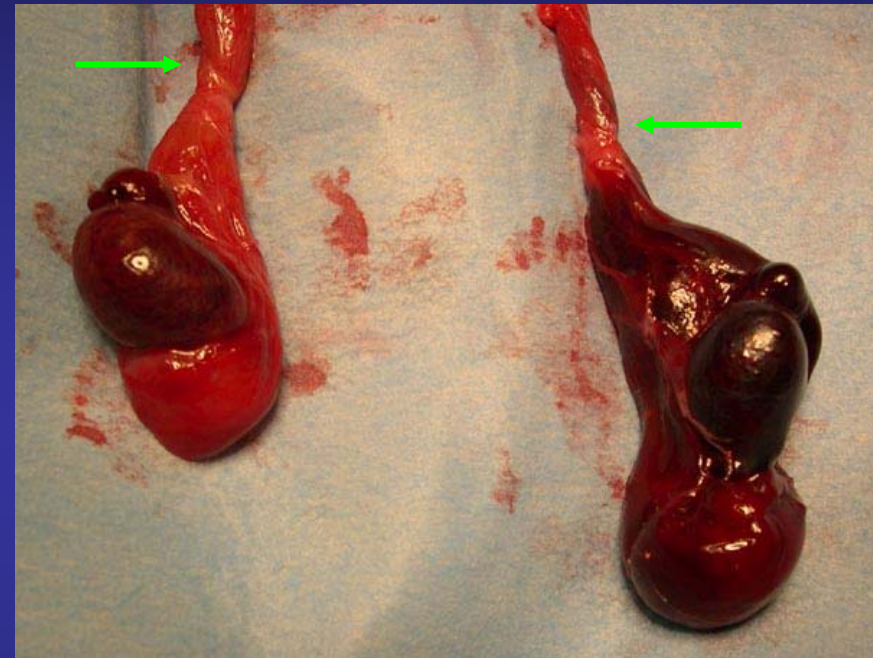
- Yerkes E et al. *J Urol* 2005, 174:1579-83

- 18 torsions de testicule
 - 18 n'ont des signes cliniques que d'un côté

- Tous ont eu 1 exploration controlatérale

- 4 torsions asymptomatiques avec nécrose irrécupérable
 - 1 petit testicule atrophique, mais vascularisé
 - 1 avec défaut de fixation +++
 - orchidopexie

Nouveau-né



- Intérêt +++ d'une exploration systématique, à mon sens : bilan exact, fixation préventive controlatérale (torsion asynchrone)
- AG : risque théorique

Nouveau-né

- **Autres causes**

- Traumatisme obstétrical

- Accouchement dystocique (50%) - siège
- Hématome du cordon ou des enveloppes (hématocèle)

- Vaginalite – Hydrocèle

- > J 10
- Contexte infectieux

- Autres : hernie, tumeur



tératome

Enfant - Adolescent

- Douleur

- Début brutal ou progressif
- Attention aux garçons pudiques, timides qui peuvent minimiser leurs symptômes :
 - « il n'était pas comme d'habitude » disent les parents...
 - Douleur abdominale ou inguinale... → toujours examiner les OGE +++
- ATCD d'épisodes identiques spontanément résolutifs (sub-torsion ?)

Enfant - Adolescent

- **Autres signes**

- Nausées, vomissements
- Dysurie, pollakiurie
- Fièvre
- Traumatisme : révélateur ou cause ?
 - Délai entre trauma et début des signes
 - Durée des douleurs : < 1h ou > 1h ?

↓
torsion ou trauma sévère

Enfant - Adolescent

- Clinique

- Tableau typique

- Douleurs +++, souvent matinales
 - Grosse bourse ± inflammatoire selon la durée d'évolution
 - 37°5 – 38°5 C
 - Ascension du testicule
 - Gonade « intouchable »



Enfant - Adolescent

- **Échographie Doppler couleur**
 - Seule = faux négatifs +++
 - **+ Haute Résolution**
 - Sonde 7,5 MHz ou 10 MHz
 - Analyse du cordon spermatique lui-même à la recherche de la **spire de torsion** +++
 - Sensibilité = 96%
 - Spécificité = 99% (*Kalfa N et al J Urol 2007;177:297-301*)
 - Vascularisation du testicule, épидидyme...

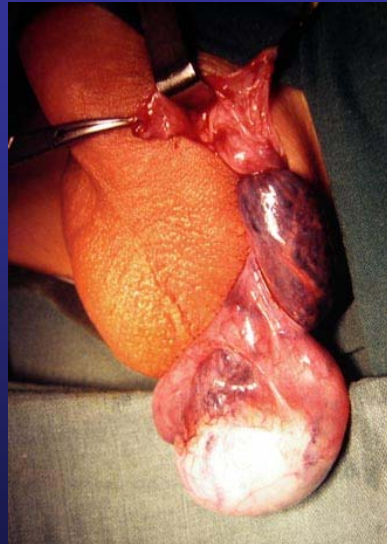
Enfant - Adolescent

- Kalfa N et al. J Urol 2007;177:297-301
 - 208 torsions testicule / 919 patients
 - Clinique
 - Évidente = 78,5%
 - Possible = 10,2%
 - Improbable = 11,3%
 - Écho-Doppler couleur seule = 76%
 - Écho-Doppler couleur + HR = 96%

= AUCUN FAUX-NEGATIF !

Enfant - Adolescent

- **Torsion de testicule**
 - Écho-Doppler couleur + HR en urgence
 - Sinon intervention en urgence



Enfant - Adolescent

- Clinique

- Tableau atypique

- Douleurs moins importantes
- Forme vue tardivement
(symptômes cachés par l'enfant)

- Testicule toujours
± douloureux



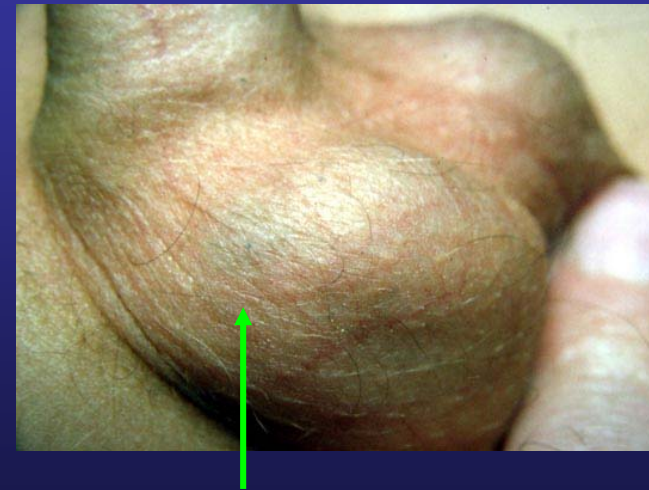
Enfant - Adolescent

- **Clinique**
 - Tableau atypique
 - Situation ectopique



Diagnostic différentiel

- **Torsion d'hydatide pédiculée**
 - Plus fréquente, parfois bilatérale asynchrone
 - Au cours des 1ères heures d'évolution
 - Scrotum non inflammatoire
 - Petite tuméfaction bleutée juste sous la peau
 - Très sensible à la palpation
 - Située à la jonction épiddidymo-testiculaire



Diagnostic différentiel

- **Torsion d'hydatide pédiculée**

- Au-delà de 6-12h

- Scrotum inflammatoire, épais

- Palpation plus difficile
à interpréter : douleur diffuse

- Épididyme et testicule ?

- Écho-Doppler + HR



Diagnostic différentiel

- Torsion d'hydatide pédiculée



Hydatide pédiculée
non compliquée



Hydatide tordue



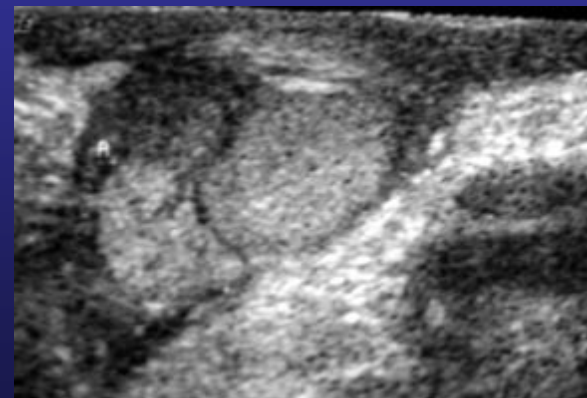
Hydatide tordue
nécrosée

Diagnostic différentiel

- **Épididymite aiguë**

- Grosse bourse inflammatoire
- Fièvre 38° - 38°5 C
- Palpation +++ de l'épididyme
- Rarement orchite associée

- Écho-Doppler couleur + HR
 - ↑ épидидyme ± hydrocèle
 - Pédicule normal



Diagnostic différentiel

- **Épididymite aiguë**

- Bilan biologique

- ↑ leucocytes, CRP

- ECBU +++

- (E.Coli, Streptocoque, Pseudomonas...)

- Traitement antibiotique IV 48h,
puis relais per-os

- Chirurgie en cas de doute !



Diagnostic différentiel

- **Traumatisme**

- Facile si connu
- Difficile si méconnu ou inavoué

- Écho-Doppler couleur + HR
 - Hématome simple
 - Épanchement vaginal
 - Hématome intra testiculaire
 - Fracture du testicule



Diagnostic différentiel

- Œdème aigu idiopathique du scrotum
 - Peau scrotale très épaisse
 - Inflammation s'étendant vers la région inguinale et le périnée +++
 - Testicule palpable si on agit doucement : normal +++



Diagnostic différentiel

• Œdème aigu idiopathique du scrotum

– Cause inconnue

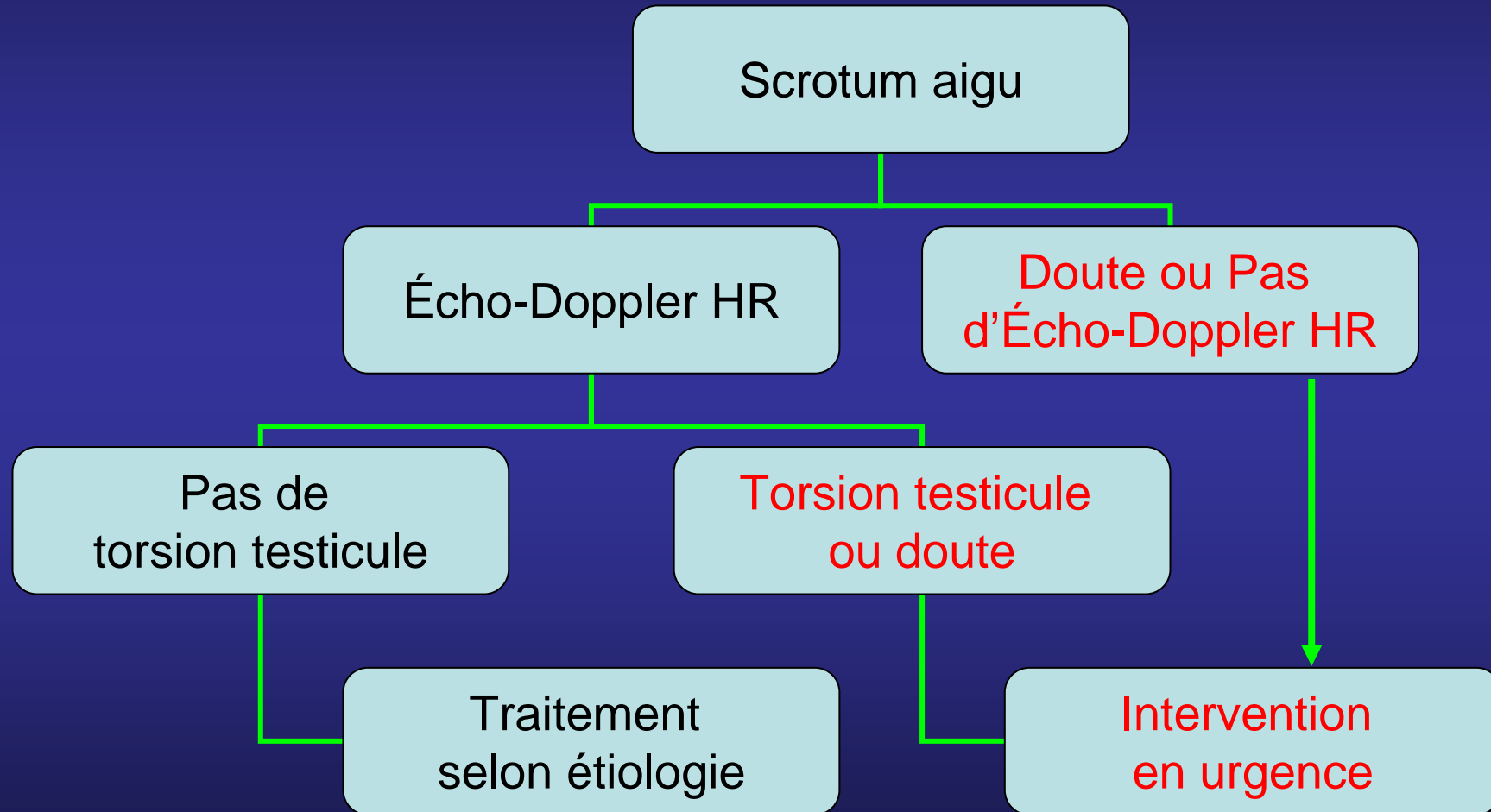
- cellulite infectieuse ?
- réaction allergique ?

– Traitement

- Repos au lit
- Anti-inflammatoires

– Possibilité de récurrences

Conduite à tenir



Conduite à tenir

- Prudence +++

- Il est très facile de se tromper
- L'Écho-Doppler couleur + HR semble être très prometteuse, mais **opérateur dépendant**

ATTENTION +++

- Ne pas prendre de décisions seul(e) **avant le clinicat !**



Enfant renvoyé à la maison
par l'interne et opéré
seulement le
lendemain...trop tard !

Conduite à tenir

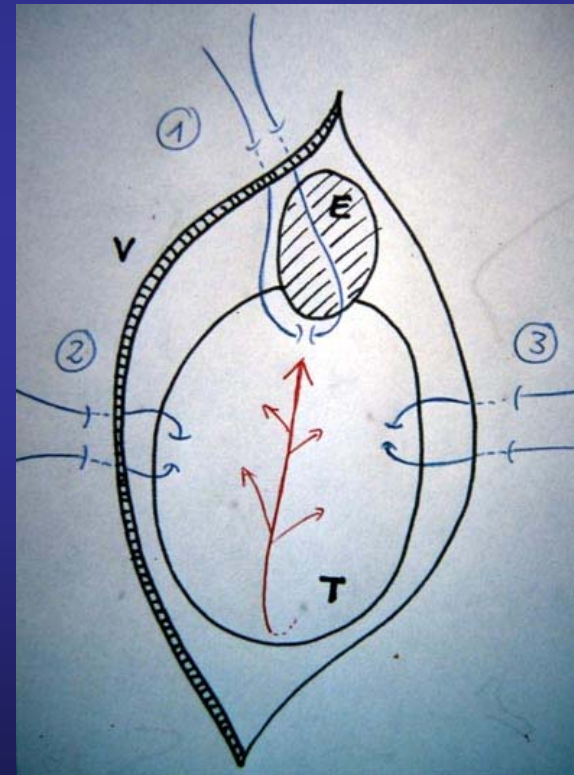
- **Intervention chirurgicale**

- Torsion

- Détorsion (horaire, antihoraire, nombre de tours)
 - Réchauffement au sérum à 37°C (les compresses refroidissent très vite : les changer souvent)
 - Injection du pédicule à la xylocaïne à 1% (vaso-dilatation)
 - En attendant l'éventuelle récupération, orchidopexie controlatérale :
 - Incision identique
 - fixation

Conduite à tenir

- **Orchidopexie** (enfant – adolescent)
 - 3 fils non résorbables
 - En évitant le trajet des branches artérielles
 - Entre vaginale et albuginée



Conduite à tenir

- **Intervention chirurgicale**
 - Retour au testicule tordu
 - Nécrose complète = castration
 - Ligature séparée vaisseaux et canal déférent
 - Aspect cyanosé persistant ou récupération = orchidopexie selon la même technique
 - Fermeture
 - Suspensoir

 - Éventuelle réserve sur la vitalité du testicule

Conclusion

- S'adapter au contexte local
- Opérer au moindre doute reste indispensable !

"Ouvrir un scrotum inutilement pour une épididymite est une mince erreur de diagnostic sans conséquence .

Laisser évoluer une torsion du cordon spermatique est une faute grave".

- Prudence +++ avant d'être senior