

ATROPHIE TESTICULAIRE BILATERALE PAR TORSION BILATERALE DU CORDON SPERMATIQUE : A PROPOS D'UN CAS

A CASE REPORT OF BILATERAL TESTICULAR ATROPHY DUE TO BILATERAL TORSION OF SPERMATIC CORD.

*GBESSI D. G., ***HODONOU M. A., **HOUNNASSO P-P., **PARE A., *OLORY-TOGBÉ J. L.

*Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale, CNHU-HKM Cotonou, Bénin

**Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie, CNHU-HKM Cotonou, Bénin

*** Centre Hospitalier Départemental et Universitaire de Parakou, Bénin.

Correspondance : Gbessi Dansou Gaspard, gbessi1@yahoo.fr

RESUME : La torsion du cordon spermatique est une urgence chirurgicale. Elle peut survenir à tout âge avec une prédilection pour les enfants et les adolescents. Elle est souvent unilatérale mais la bilatéralité ; quoique rare est une éventualité qui existe. Son pronostic fonctionnel est grave. Ainsi, le retard au diagnostic aboutit inexorablement à la destruction de la lignée germinale responsable d'une infertilité secondaire. Nous présentons un cas de torsion bilatérale chez un adulte. Le diagnostic, rétrospectif a été retenu sur des arguments anamnestiques au décours d'une impuissance sexuelle secondaire. Ce cas nous donne comme enseignement que la population masculine doit être sensibilisée. Toute douleur testiculaire bilatérale doit être l'objet d'une consultation médicale dans les premières heures. L'exploration minutieuse centrée sur la clinique permet le diagnostic. La détorsion et la fixation dans un délai de moins de six heures d'évolution permettent d'éviter les déconvenues irréversibles.

Mots-clés : torsion bilatérale – atrophie testiculaire – adulte – pronostic.

ABSTRACT: The torsion of the spermatic cord is a surgical emergency. It can occur at any age with a predilection for children and adolescents. It is often unilateral, but bilateral nature; although rare is a possibility. The functional prognosis is grave. Thus, the delay in diagnosis leads inexorably to the destruction of the germline responsible for secondary infertility. We present a case of bilateral torsion in adults. Diagnosis, retrospective was held on anamnestic arguments with the waning of secondary sexual impotence. This case gives us as teaching that the male population should be sensitized. Any bilateral testicular pain should be the subject of a medical consultation in the early hours. Careful exploration centered on the clinic allows diagnosis. Untwisting and fixing within less than six hours of evolution can avoid irreversible setbacks.

Keywords: Bilateral torsion – testicular atrophy - adult – prognosis.

INTRODUCTION

La torsion du cordon spermatique est une urgence chirurgicale. Elle est due à une rotation du testicule sur son axe vasculo-nerveux entraînant un arrêt partiel ou permanent du flux sanguin. Elle met rapidement en jeu le pronostic fonctionnel de la glande et par conséquent la fertilité du sujet concerné. Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents sont les plus exposés [1, 2]. La torsion est le plus souvent unilatérale, la torsion bilatérale est rare n'est souvent rapportée que chez l'enfant [3, 4, 5]. Le cas que nous rapportons est exceptionnel et concerne la torsion bilatérale de cordon spermatique chez un adulte quinquagénaire découvert après atrophie testiculaire bilatérale au CNHU H.K.M de Cotonou.

OBSERVATION

Monsieur A C âgé de 46 ans, maçon de profession, a été reçu en consultation le 30/08/2009 pour diminution du volume des deux testicules. La baisse de libido et l'incapacité à conduire les rapports sexuels étaient les circonstances de découverte de cette atrophie bilatérale.

L'histoire de la maladie indique la survenue de brusques douleurs une nuit vers 21 heures au niveau des deux bourses il y a 08 mois ;

suivi de l'installation d'un œdème scrotal. La crise aurait duré 03 jours au terme desquels la douleur s'est amendée. Le patient a ressenti une sensation de chaleur par la suite et une incapacité d'érection. Il ne s'était associé ni vomissements, ni signes urinaires, ni signes infectieux.

Sur le plan matrimonial, AC est marié polygame père de cinq enfants dont le dernier a 3ans. Il n'était ni hypertendu ni diabétique et dit n'avoir pas souffert de parotidite. Il ne se souvient pas avoir eu des crises douloureuses similaires. Le traitement antérieur a consisté en une automédication contre les douleurs et en l'absorption de potion traditionnelle de nature non précisée.

L'examen physique a permis de noter un bon état général, des muqueuses normo-colorées. L'abdomen était souple sans masse palpable ; l'examen cardiovasculaire et pleuropulmonaire était sans particularité pathologique.

Les orifices herniaires étaient libres. La verge était d'aspect normal. L'examen des testicules permettait de noter une hypotrophie bilatérale (figures n°1 et n°2) avec les mensurations suivantes : le testicule droit 1,5 cm sur 2,5 cm et le testicule gauche 1,5 cm sur 3 cm. On notait également une atrophie des deux cordons spermatiques qui laissaient en place un vestige ligneux induré.



Photo n° 1 : bourse pendante presque vide

Bourse testiculaire presque vide

Micro-testicule

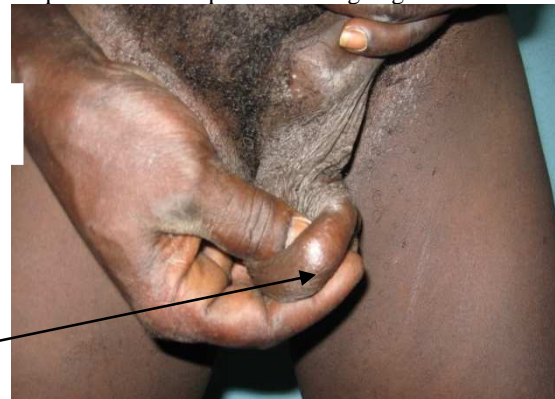


Photo n° 2 : vestige d'atrophie testiculaire

Au total, nous avons conclu à une atrophie testiculaire bilatérale après torsion bilatérale méconnue des cordons spermatiques chez un sujet de 46 ans.

Les différents examens paracliniques réalisés étaient :

L'échographie testiculaire bilatérale qui a noté des testicules de taille limite avec présence de petites calcifications droites séquellaires probables ; il existe un épanchement vaginal gauche avec épiddidyme de petite taille.

Le dosage des hormones dans le sang permettait de constater un hypogonadisme avec un rétrocontrôle négatif : Le taux de testostérone totale bas à 0,37 ng/ml (2,5 à 8,5) ; le taux de LH augmenté à 9,47 mUI/ml (1 à 8) de même que celui de FSH : 35,66 mUI/ml (1,5 à 5). Par ailleurs, le bilan rénal et l'hémogramme étaient dans les limites de la normale.

DISCUSSION

La torsion testiculaire est une urgence chirurgicale urologique. Une hypoxie de la glande prolongée au-delà de six heures compromet définitivement la fonction de celle-ci. L'hypofertilité secondaire avec les traumatismes psychologiques qui l'accompagnent en constituent la rançon [6, 7].

La torsion du cordon spermatique peut se rencontrer à tout âge mais avec une prédominance pour les moins de 25 ans [1, 2, 4, 8, 9, 10, 11].

La bilatéralité de la torsion est encore très rare. Roth et al. ont rapporté 6 cas de sauvetage de torsion bilatérale chez des nouveau-nés [3]. Kuranga et al. [5] ont retrouvé dans leur étude sur la torsion de testicule 6 cas de torsion bilatérale sur 87 cas de torsion du cordon colligés en 10 ans à l'Hôpital Universitaire de Ilorin au Nigéria. La rareté de cette forme de l'affection justifie que nous rapportions notre cas.

La douleur scrotale est le maître symptôme. Elle permet d'évoquer par le praticien averti le diagnostic lorsque sa survenue est brutale et son intensité violente sans signe infectieux et sans signes urinaires. Della Negra et al. [12] ont trouvé une sensibilité de 80% avec une valeur prédictive positive de 76% à la douleur violente. Malgré cette violente douleur chez notre patient, il n'a pas jugé utile de consulter. Beaucoup d'auteurs ont signalé que la prise en charge retardée au-delà de six heures d'évolution est fréquente chez les adultes [12, 13, 14]. Les adultes supporteraient de façon différente la douleur. En plus, cette douleur qui siège aux parties intimes est une raison supplémentaire de résister ou d'essayer quelques remèdes avant d'en parler. La bilatéralité de la torsion de notre patient semble confortée la théorie de l'hérédité des différentes anomalies anatomiques qui président à la genèse de la torsion [12]. Cette théorie justifie et à la lumière de notre cas, l'attitude thérapeutique qui consiste à fixer systématiquement en cas de torsion unilatérale le testicule sain controlatéral afin de lui éviter le même sort [2, 13].

CONCLUSION

La torsion du cordon spermatique est une urgence chirurgicale. La détorsion avant six heures d'évolution est la seule thérapeutique qui sauve la fonction de la glande. La bilatéralité bien que rare doit être la hantise. En effet qu'elle survienne en même temps ou l'un après l'autre, les séquelles seront identiques si le diagnostic et la prise en charge ne sont pas réalisés avant six heures de temps. La sensibilisation de la population masculine et des parents de garçons doit être intégrée à la prise en charge de l'affection.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Rambeaud JJ, Descotes JL. Torsion du testicule et de ses annexes. *Encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Néphrologie-Urologie*, 18-622-A-10: 1991; 1-6
- 2- Hodonou R., Soumanou - Kaffo R. Akpo C. La torsion du cordon spermatique (tcs): facteurs étiopathogéniques, diagnostics et thérapeutiques à propos de 33 cas au CNHU de Cotonou. *Médecine d'Afrique Noire* : 1999, 46 (2).
- 3- Roth CC, Mingin GC, Ortenberg J. Salvage of bilateral asynchronous perinatal testicular torsion. *J Urol*. 2011; 185(6):2464-8.
- 4- Houlgatte A, Fournier R, Berlizo P. Torsion du cordon spermatique et des annexes testiculaires *encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Urgences*, 24-203-A-10 : 2001; 1-6.
- 5- Kuranga S., Rahman G. Torsion du Testicule: expérience de la Ceinture Moyenne du Nigéria. *African Journal of Urology* 2002; 8(2): 78-82.
- 6- Reyes JG, Farias JG, Henríquez-Olavarrieta S, Madrid E, Parraga M, Zepeda AB, Moreno RD. The hypoxic testicle: physiology and pathophysiology. *Oxid Med Cell Longev*. 2012; 2012: 929285.
- 7- Bodiwala D, Summerton DJ, Terry TR. Testicular prostheses: development and modern usage. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007; 89:349-353.
- 8- Mansbach JM, Forbes P, Peters C. Testicular torsion and risk factors for orchiectomy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159:1167-1171.
- 9- Huang WY, Chen YF, Chang HC, Yang TK, Hsieh JT, Huang KH. The incidence rate and characteristics in patients with testicular torsion: a nationwide, population-based study. *Acta Paediatr*. 2013; 102:e363-e367.
- 10- Cummings JM, Boullier JA, Sekhon D, Bose K. Adult testicular torsion. *J Urol*. 2002; 167:2109-2110.
- 11- Korke F, Cabral PR, Alves CD, Savioli ML, Pompeo AC. Testicular torsion and weather conditions: analysis of 21,289 cases in Brazil. *Int Braz J Urol*. 2012; 38:222-228.
- 12- Cubillos J, Palmer JS, Friedman SC, Freyle J, Lowe FC, Palmer LS Familial testicular torsion. *J Urol*. 2011; 185:2469-2472.
- 13- Della Negra E, Martin M, Bernardini S, Bittard H, Les torsions du cordon spermatique chez l'adulte. *Progrès en Urologie*, 2000, 10 : 265-70
- 14- Kaboré FA, Zango B, Yaméogo C, Sanou A, Kirakoya B, Traoré SS. Les torsions du cordon spermatique au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Basic and clinical andrology* 2011, 21 : 151/ DOI : 10.1007/s12610-011-0151-2
- 15- Bengé B., Eure G., Winslow B. Acute bilateral testicular torsion in the adolescent *J. Urol.*, 1992, 148: 134.