

GROSSES BOURSES

DÉFINITION

C'est l'augmentation du volume de la bourse ou de son contenu scrotal.

Le plus souvent unilatéral.

Pouvant résulter d'affections diverses.

INTÉRÊTS DE LA QUESTION

Fréquence : Motif de consultation fréquent.

Diagnostic : Facile, essentiellement clinique.

Étiologie: Diverse .

N.B: Le cancer du testicule et la torsion du testicule doivent être la hantise, d'où l'intérêt du diagnostic précoce.

Traitement :

- En fonction de l'étiologie.

- Exploration chirurgicale en moindre doute.

Pronostic :

- Dépend de l'étiologie et de la précocité du diagnostic et du traitement.

- Le pronostic est fonctionnel en cas de torsion et vital en cas de cancer.

RAPPEL ANATOMIQUE

La bourse est constituée de:

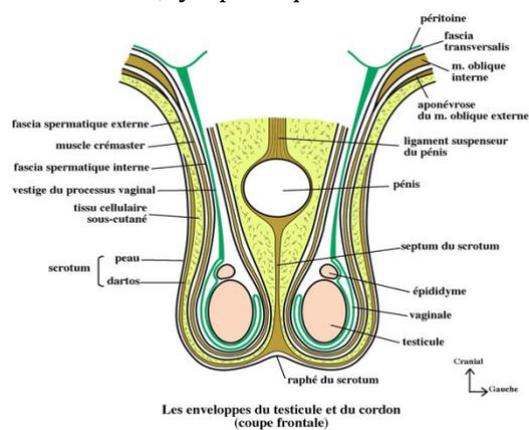
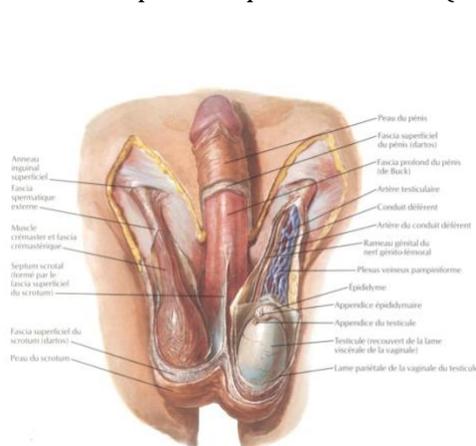
1-Peau scrotale: Très élastique pouvant se distendre.

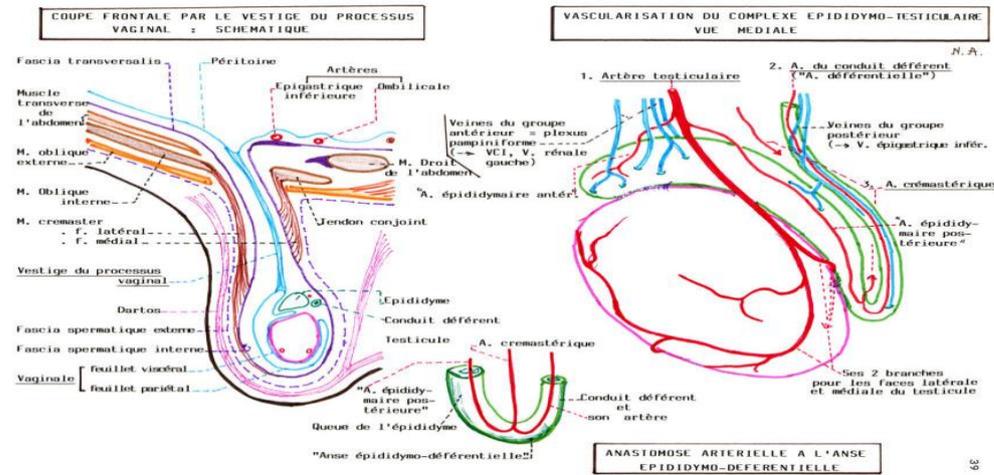
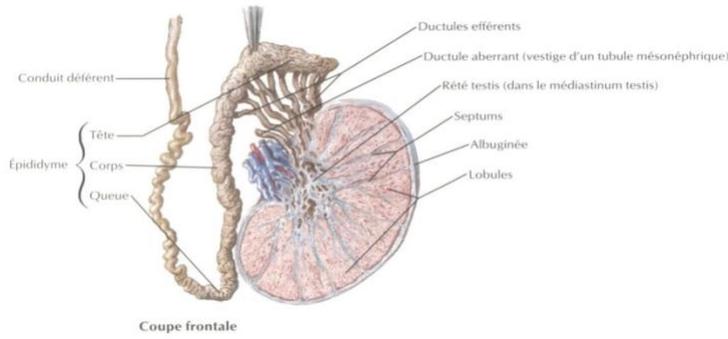
2-Testicule: Entouré d'une enveloppe solide et inextensible (l'albuginé), elle-même entourée d'une vaginale.

4-Epididyme: 3 parties: Tête qui surmonte le testicule en cimier de casque, corps et queue) qui longent le testicule sur sa partie postéro-interne et se continuant par le canal déférent.

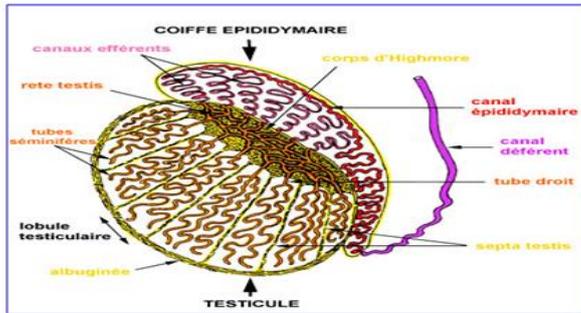
3- Vaginale: Deux feuillets délimitant un espace virtuel.

5-Cordon spermatique: Renferme: (artères et veines, lymphatiques et canal déférent.)

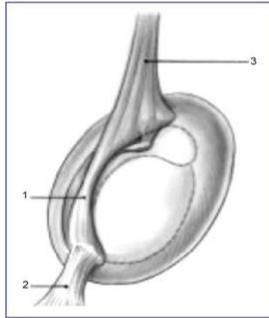




Rappel anatomique



3 points de fixation du testicule en intra scrotal:
 1-mésorchium. 2-Gubernaculum testis. 3-cordon spermatique.



DIAGNOSTIC

Essentiellement clinique

1. Circonstances de découverte:

- Signes fonctionnels:

- Douleur.
- Fièvre.
- Augmentation du volume scrotal.
- Signes inflammatoires locaux (rougeur, chaleur.)

- Complications: Abscess, nécrose.

- Découverte fortuite par le malade lui-même ou lors de l'examen clinique des OGE.

2. Interrogatoire:

- Age.

- ATCDS médicaux:

- Infection génito-urinaire.

- Tuberculose.

- Pathologies prostatiques.

- ATCDS chirurgicaux:

- Cure d'une hernie inguino-scrotale, ectopie testiculaire.

- Chirurgie endoscopique, sondage uréthro-vésical.

- Mode de début: Brutal ou progressif.

- Signes associés:

Douleur.

Fièvre.

Signes urinaires : SBAU (Dysurie, pollakiurie...) , écoulement urétral, brûlures mictionnelles...

Signes digestif (nausée, vomissement...)

3. Examen clinique

-- Complète l'enquête étiologique et relie la tuméfaction à l'une des 04 origines possibles:

- Testicule et épididyme. - Vaginale - Cordon.- Scrotum.

-- L'examen des bourses se fait en position debout puis couchée.

--L'examen doit être bilatéral en commençant par le côté sain.

Inspection:

- Volume scrotal augmenté.
- Aspect de la peau en regard (Rougeur, œdème.)
- Position des testicules.
- Existence d'une éventuelle fistule scrotale ou varicocèle.

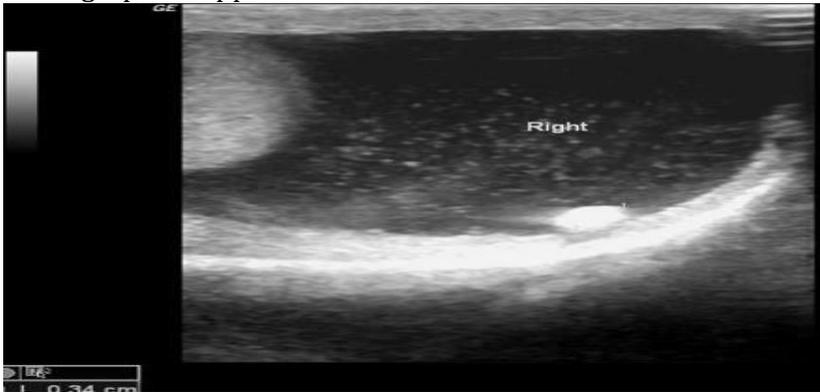
Palpation:

- Apprécier la chaleur locale et la souplesse des enveloppes.
- Volume, consistance et forme et sensibilité des testicules: Le testicule normale à une surface lisse régulière, ferme, élastique et rénitente, sensible mais non douloureux.
- Palpation de l'épididyme sur toute sa longueur, ainsi que le déférent qui est senti comme une corde à fouet entre le pouce et l'index.
- Apprécier la liberté des orifices herniaires.
- Palpation des aires ganglionnaires.
- Transillumination: A la recherche d'un épanchement de la vaginale qui laisse passer le faisceau lumineux.
- Examen du méat urétral: A la recherche d'une sténose ou d'écoulement urétral.
- TR: Systématique.

4.Examens complémentaires:

Le diagnostic est essentiellement clinique.

L'échographie doppler testiculaire Suffit.



DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Deux tableaux cliniques possibles:

Grosse bourse aigue douloureuse.

Grosse bourse chronique froide.

GROSSE BOURSE AIGUE DOULOUREUSE

1. Torsion du cordon spermatique.
2. Orchiépididymite aigue.
3. Hernie inguino-scrotale étranglée.
4. Hématocèle post traumatique.
5. Gangrène scrotale : Fasciite nécrosante (Maladie de Fournier.)
6. Œdème allergique scrotale.

1. Torsion du cordon spermatique

Elle est définie par la rotation du testicule autour de son axe représenté par le cordon spermatique.

Age: Se voit surtout chez le nouveau né et l'adolescent +++, rare chez l'adulte.
Favorisé par l'absence ou l'insuffisance des moyens de fixité du testicule (Absence du Gubernaculum testis, cordon long...)

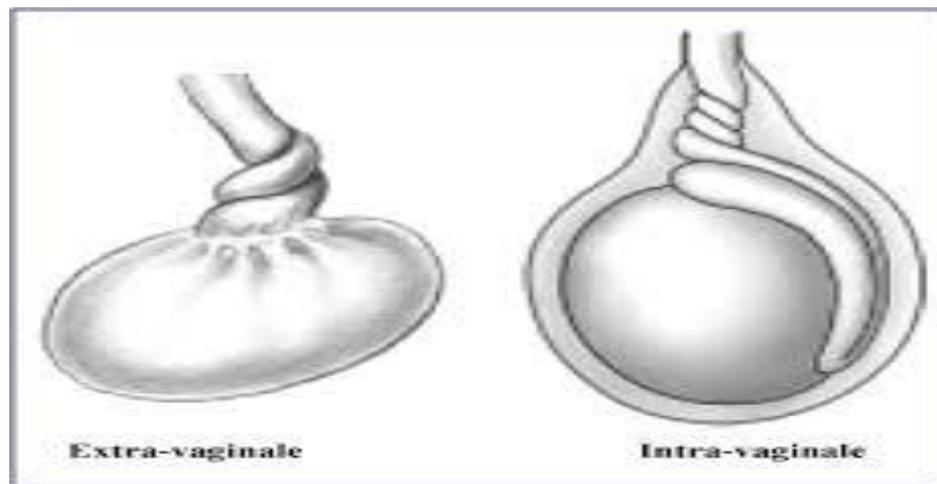
Urgence chirurgicale : Le pronostic fonctionnel du testicule est mis en jeu +++.

1er diagnostic à évoquer devant toute bourse aigue douloureuse.
L'absence d'une détorsion urgente en moins de 6 heures peut conduire à une nécrose ischémique du testicule atteint.

Formes cliniques: Deux types:

Torsion intra-vaginale: La plus fréquente, le testicule se tord à l'intérieur de la tunique vaginale autour de son axe vasculaire.

Torsion supra-vaginale: Rare, fréquente chez le nouveau né, et sur un testicule cryptorchide. L'ensemble du testicule, épiddidyme et enveloppe vaginale se tord autour du cordon spermatique.



1.1. Clinique:

Douleur scrotale brutale unilatérale spontanée et continue, parfois syncopale irradiant le long du canal inguinal.

Parfois, accompagnée par des troubles digestifs (nausée, vomissement.)

L'examen clinique est souvent difficile vu le caractère douloureux.

On peut retrouver:

Testicule ascensionné rétracté à l'anneau inguinal, horizontalisé.

Signe de Prehn (-).

Reflexe crémastérien aboli.

Cordon épaissi et douloureux: Spires de torsion.

Tardivement la bourse devient rouge œdématisée avec hydrocèle réactionnelle.

Le reste de l'examen est normal:

Pas de fièvre.
Pas de signes urinaires.
Orifices herniaires libres.

1.2.Examens complémentaires:

- Peu d'intérêts et retardent souvent la PEC thérapeutique.
La simple suspicion clinique autorise l'exploration chirurgicale.
Néanmoins, l'échodoppler testiculaire objective une absence de signal vasculaire dans le testicule atteint.

1.3.Diagnostic différentiel:

Torsion de l'hydatide de MORGANI qui est un vestige embryonnaire, tableau plus ou moins similaire avec une douleur localisée en regard de la tête de l'épididyme, l'exploration chirurgicale en urgence s'impose pour éliminer une torsion testiculaire.

L'orchépididymite aigue.



1.4.Traitement:

C'est une urgence chirurgicale.
Dans un délai de moins 6 heure.

But:

- Sauver le testicule atteint
 - Prévenir la récurrence
 - Prévenir la torsion du testicule controlatéral
- Détorsion.
Orchidopexie.
Orchidopexie du testicule

Méthodes: Après ouverture scrotale et extériorisation du testicule, on est devant 2 cas de figures:

1- Testicule de coloration normale après détorsion:

Orchidopexie: Fixation du testicule.

2- Testicule de coloration anormale après détorsion:

Humidification au sérum tiède ou ifiltration du cordon par xylocaïne et attendre 10 minutes,

si recoloration normale: Orchidopexie,

si le testicule ne se recoloré pas: Orchidectomie.

NB: Dans tous les cas de figures, il faut fixer le testicule controlatéral.

1.4.Evolution:

Risque d'atrophie et d'infertilité.

2.Orchiépididymite aigue

2.1.Définition:

- Inflammation aigue de l'épididyme et du testicule souvent d'origine infectieuse.
- Peut se voir à tout âge.

2.2.Clinique:

Tableau d'une grosse bourse douloureuse inflammatoire, fébrile.

Signes cliniques:

Douleur scrotale, d'apparition rapide, le long du cordon spermatique.

Grosse bourse oedématiée, rouge et chaude.

Fièvre (syndrome infectieux.)

2-1 Interrogatoire:

ATCDS urologiques:

Infection urinaire, urétrite, prostatite.

Manœuvres endoscopiques.

Oreillon, parotidite (Après quelques jours orchite ourlienne.)

2-2 Examen clinique:

Le scrotum est chaud tendu rouge et oedématié.

Palpation:

- Epaissement et induration douloureuse de l'épididyme.
 - Parfois, le testicule et l'épididyme sont confondus dans une seule masse douloureuse.
- Parfois, hydrocèle réactionnelle associée.

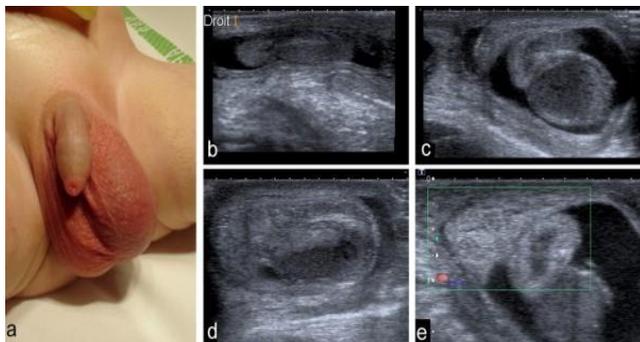
Signe de Prehn +.

TR: Peut montrer une prostate augmentée de volume sensible: Prostatite.

Signes accompagnateurs:

Ecoulement urétral.

Brûlures mictionnelles.



2. 3.Examens complémentaires:

ECBU.

Prélèvement urétral si urétrite associée (MST.)

FNS : hyperleucocytose.

Echographie scrotale:

Epididyme et testicule augmentés de volume.

Hypervascularisation en mode doppler (Attention au cancer.)

2.4. Diagnostic différentiel:

_Torsion du cordon spermatique.

Cancer du testicule.

2.5.Evolution:

-Sous traitement rapide et adapté: Guérison.

-Traitement insuffisant ou inadapté:

Abcédation: Drainage chirurgical voire une orchidectomie si fonte testiculaire purulente.

Chronicité: Epididymite chronique avec risque d'infertilité.

2.6. Traitement:

Antibiothérapie adaptée.

- Fluoroquinolone, tétracyclines (actifs sur les MST.)
- Durée de traitement: Au moins 3 semaines.

AINS + antalgiques.

Repos au lit.

Suspensoir.

3. Hernie inguino-scrotale étranglée

3.1. Clinique:

Tuméfaction inguino-scrotale douloureuse.

Irréductible.

Non impulsive à la toux.

Parfois des signes en faveur d'une occlusion intestinale aigüe (arrêt des matières et des gaz.)

Interrogatoire:

ATCDS de hernie inguino-scrotale spontanément réductible.

Examen clinique:

Des orifices herniaires.

3.2. Traitement:

Chirurgie en urgence.

4. Hématocèle post traumatique

Grosse bourse aigüe traumatique.

C'est un épanchement sanguin intra vaginal post traumatique.

4.1. Clinique:

Douleur testiculaire vive avec grosse bourse ecchymotique.

Notion de traumatisme testiculaire.

4.2. Examens complémentaires:

Echographie:

- Examen le plus fiable.
- Apprécie l'abondance de l'hématocèle et met en évidence d'éventuelles atteintes testiculaires (fracture et rupture de l'albuginée) ou épидидymaires ou du cordon.

4.3. Traitement:

-L'exploration chirurgicale s'impose en cas de:

- * Suspicion de rupture de l'albuginée ou de l'épididyme.
- * Grosse hématocèle.

-Le traitement consiste à:

*Drainage chirurgicale + hémostase.

*Réparation si fracture testiculaire: Suture après avoir ôté la pulpe testiculaire nécrosée.

*L'orchidectomie doit être le dernier recours.

5. Gangrène scrotale : Maladie de Fournier

*Dermo-hypodermite grave.

* Cellulite nécrosante des OGE (verge et scrotum.)

* Primaire ou secondaire (fistule anale , sténose urétrale, orchiepididymite, tumeur...)

* Survient sur un terrain fragilisé (diabétique , immunodéprimé .)

* Provoquée par des germes anaérobies + aérobies.

5.1.Clinique :

-Au début : Gène scrotale, fébricule

- 48h après : Œdème inflammatoire scrotale , crépitation sous cutanée.

- Phase d' état : Plage de nécrose , AEG , fièvre.

5.2.Examens complémentaires :

FNS : Hyperleucocytose à PNN.

ECBU, Hémoculture.

5.3.Traitement:

Triple antibiothérapie : Céfotaxime, Métronidazole, Gentamycine.

Oxygénothérapie.

Nérectomie large.

Cystostomie, colostomie si lésions étendues.



6. Œdème allergique scrotale

6.1.Causes:

Piqûre d'insecte.

Purpura Rhumatoïde.

Idiopathique.

6.2.Clinique:

Apparition brutale d'un œdème scrotale uni ou bilatérale, pas de fièvre ni douleur.

Examen des testicules et du cordon est normal.

6.3.Traitement:

Antihistaminique.

Soins locaux.

GROSSE BOURSE CHRONIQUE FROIDE

1.Cancer du testicule.

2.Kyste épидidymaire et du cordon spermatique.

3.Epididymite chronique.

4.Hydrocèle.

5.Varicocèle.

6.Hernie inguino-scrotale non étranglée.

7.Filariose génitale de BRANCROFT.

8.Autres.

1.Cancer du testicule

Apanage de l'adulte jeune: 18-35 ans.

Facteurs favorisants: Ectopie testiculaire +++.

1.1.Examen clinique:

Masse testiculaire : Indolore, dure, irrégulière, respecte le sillon inter-épididymo-testiculaire (Signe de Chevassu.)

Nodule dur, indolore, irrégulier.

Parfois ADP inguinale, ganglion de Troisier , gynécomastie.

1.2.Examens complémentaires:

Marqueurs tumoraux: α FP, β HCG, LH.

Echographie scrotale: Masse hypoéchogène ou hétérogène.

TDM thoraco-abdomino-pelvienne: Dans le cadre du bilan d'extension.

1.3.Anapath:

Tumeurs germinales: Séminomateuses, non séminomateuses: les plus fréquentes.

Tumeurs non germinales.

1.4.Traitement:

* *Orchidectomie*: - Par voie inguinale avec ligature 1er du cordon spermatique.
- Prélèvement du sang du cordon pour dosage des marqueurs tumoraux.

- Ligature du cordon au niveau de l'orifice inguinal e profond.

**Traitement complémentaire*: - Chimiothérapie , radiothérapie .

- En fonction du stade et type histologique de la tumeur.

1.5.Pronostic:

Dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.

2.Kyste épидидymaire, et du cordon spermatique

Fréquent au niveau de la tête épидидymaire.

Gène ou douleur scrotale.

2.1.Examen clinique:

Masse lisse, bien limitée, arrondie, rénitente surmontant le testicule.

2.2.Examens complémentaires:

Echographie: - Image liquidienne anéchogène sus-testiculaire.

- Testicule normal.

2.3.Traitement:

Kyste asymptomatique: Abstention.

Kyste douloureux, gênant: Exérèse.

3.Epididymite chronique

Séquelle d'une épидидymite aigue.

4. Hydrocèle

- Présence d'un épanchement clair entre les deux feuillets de la tunique vaginale.
- Cause la plus fréquente des grosses bourses froides chez l'adulte.
- Souvent idiopathique.
- Chez l'enfant, elle est communicante et due à une persistance du canal péritonéo-vaginale.
- Peut être réactionnelle à une pathologie: Orchiépididymite, torsion testiculaire, tumeur.
- Diagnostic facile.

4.1. Clinique:

Tuméfaction: Rénitente, indolore, non inflammatoire, non impulsive à la toux, transillumination +++.

4.2. Examens complémentaires:

Echographie: Image liquidienne anéchogène entourant le testicule qui est normal.

4.3. Traitement: Chirurgie.

Evacuation du liquide.

Résection de la vaginale.

Chez l'enfant: Fermeture du canal péritonéo-vaginale.

5. Varicocèle

Dilatation du plexus veineux pampiniforme qui chemine dans le cordon spermatique.

5.1. Clinique:

- Douleur inguinale ou pesanteur scrotale.
- Siège le plus souvent gauche.
- Examen en position debout : Tuméfaction variqueuse du cordon, irrégulière, mobile, impulsive à la toux, disparaît en position couché.
 - si la tuméfaction ne disparaît pas: Echographie rénale (cancer du rein.)
- Le testicule peut être atrophié.

5.2. Examens complémentaires:

Spermogramme : Souvent altéré: Oligo-asthénospermie, tératospermie.

Écho-doppler : - Image hypoéchogène rétro-testiculaire.

- Recherche un reflux.

5.3. Traitement:

Chirurgie: Ligature-section de la veine spermatique.

Embolisation de la veine spermatique.

6. Hernie inguino-scrotale non étranglée

- Hernie de faiblesse par défaut pariétal.
- Chez l'enfant: Défaut de fermeture du canal péritonéo-vaginale.
- Palpation : contenu scrotal gargouillant, réductible, impulsive à la toux, et indolore.
- Traitement: chirurgical.

- Chez l'adulte: Réfection pariétale.
- Chez l'enfant: Fermeture du canal péritonéo-vaginale.

7.Filariose génitale de BRANCROFT

-Résulte de l'obstruction des lymphatique scrotaux par un parasite : Wucheria Brancrofti.

- Souvent le diagnostic n'est fait qu'à la phase chronique, longtemps après séjour en zone d'endémie.

7.1.Clinique : lymphoscrotum : la peau scrotale doublée ou triplée, œdème très important, testicule et épидidyme normaux.

7.2.Traitement:

- Anti-helminthiases: ne sont efficaces qu'à la phase aigue.
- Exérèse de la pachydermie scrotale avec respect du testicule et du cordon puis greffe scrotale.



CONCLUSION

L'augmentation du volume d'une bourse reste un motif fréquent de consultation en urologie.

Deux modes de survenue : - Aigu.
- Chronique

Deux tableaux cliniques à ne pas méconnaître :

- Torsion du cordon spermatique.
- Cancer du testicule.